BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

26. Jg. | Nr. 101 | März 2023

BIOSKOP Schwerpunkt Krankenhaus-Reform

8 Weniger Ökonomie – mehr Patientenwohl
9 Drei Level
10 Unterschiedliche Bewertungen
10 Fehlanreize beseitigen
11 Bunte Kittel

Digitalisierung

3 Elektronische Patientenakte: bisher freiwillig, bald verpflichtend?

Ersatzteillager Mensch

5 Lauterbach bringt »Widerspruchslösung« wieder ins Gespräch

Euthanasie

6 Auf den Spuren der NS-»Euthanasie«
7 Hilfe zur Selbsttötung – Erwartung an Ärzt*innen?

Gentechnik

13 Keine Eingriffe in die Keimbahn!

Reproduktionsmedizin

14 Zwischen Ware und »Spende«
15 Kommission berufen

Außerdem

12 »Ausverkauf von Arztpraxen stoppen«
12 Spezielle Immunisierung
12 »Mutter-Kind-Gesundheit«
12 Recht auf Auskunft
16 Veranstaltungstipps
16 Wunschzettel
2 Jetzt BioSkop unterstützen!
16 Vorschau auf Juni 2023

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Oberstraße 55 · 45134 Essen
Tel. (0201) 5366706 · E-Mail: *info@bioskop-forum.de*
BioSkop e.V. im Internet: *www.bioskop-forum.de*
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.), Erika Feyerabend
Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397
E-Mail: *redaktion@bioskop-forum.de*
Beiträge in dieser Ausgabe:
Stefanie Graefe, Martina Keller

Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Layout + Satz: *grafik@angelika-schlueter.de*
Druck: Pohler & Kobler GmbH, Centrumstr. 33, 45307 Essen
ISSN 1436-2368

Machtvolle Benennungspraxis

Erika Feyerabend

Bundeskanzler Olaf Scholz beschwört die »Zeitenwende« im Kontext des Ukraine-Krieges. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach spricht von einer »Revolution«, wenn die Krankenhäuser nach seinem Plan neu gruppiert und deren Finanzierung geändert werden sollen. Die Botschaft ist klar: Alles muss anders werden, weil dies geboten sei und zum Wohl aller getan werde. Wie kein anderes Wort steht die »Zeitenwende« heute dafür, dass alles bisher Gültige in der Außen- und Sicherheitspolitik im Verhältnis zu Russland sich als falsch erwiesen habe und dass sich politische und vor allem militärische Handlungen grundlegend ändern müssten. In der Praxis bedeutet dies vor allem: Sanktionen gegen und Abbruch der Handelsbeziehungen zu Russland, Waffenlieferungen in Kriegsgebiete sowie eine beispiellose Erhöhung von Militärausgaben in Deutschland.

Der Begriff ist im politischen Diskurs nicht neu. Im Herbst 1973 wurde die »Ölkrise« von vielen politisch Handelnden als eine Zeitenwende betrachtet, aufgrund derer sich nun alles ändern müsse. 1982 beschworen der damaligen Bundeskanzler Helmut Kohl und andere eine »geistig-moralisch Wende«. 2003 wurde dann eine weitere Zeitenwende als notwendig deklariert, nämlich der Bruch mit den bis dahin praktizierten sozialstaatlichen Sicherungen. Auch die Terroranschläge des 11. September 2001 und die 2020 ausgebrochene Covid-19-Pandemie zogen solche Stellungnahmen nach sich. Manchmal ändert sich etwas; besonders für jene, die nicht viel haben. Von einer grundsätzlichen Änderung der politischen Ziele kann keine Rede sein.

Auch der Begriff der »Revolution« legt nahe, dass sich die Verhältnisse, hier im Gesundheitswesen, grundsätzlich ändern werden. Nichts soll mehr so bleiben wie es war. Das mag ja teils auch notwendig sein und auch gewünscht werden, aber das Gesundheitswesen wird laufend privatisiert und kommerzialisiert, es folgt strukturell mehr ökonomischen Logiken als »dem Wohl der Patienten und Patientinnen«. Ganz abgesehen davon, dass Gesundheitspolitik im wesentlichen Ländersache ist und die Pläne von Karl Lauterbach wohl schon deshalb scheitern werden *(→ Seite 8).*

Auch Gesundheit, Krankheit, Lifestyle sind Sphären eines internationalen Marktgeschehens. Die Ampel-Regierung erwägt, reproduktionsmedizinische Praktiken wie »Leihmutterschaft« oder »Eizellspende« in Deutschland als »altruistische«, also selbstlose Taten zu legalisieren. Angesichts des schon vorhandenen »Eizelltourismus« zum Beispiel nach Spanien sind Denkfigur und Begriff des Altruismus hier kritisch zu hinterfragen.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ›

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wer eine allgemeine Pflicht zur Impfung gegen das Coronavirus durchsetzt, würde mit grundlegenden medizinethischen und juristischen Prinzipien brechen. Zur Disposition stehen die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die freiwillige, aufgeklärte Einwilligung in medizinische Eingriffe. Zwei Sätze, zu lesen vor einem Jahr in *BIOSKOP Nr. 97*. Einige Wochen später scheiterten dann alle Impfpflicht-Pläne im Bundestag, eine politische Niederlage vor allem für Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der vehement dafür geworben hatte.

Corona bestimmt längst nicht mehr die Schlagzeilen, Lauterbach propagiert nun andere fragwürdige Vorhaben. Er will die bislang freiwillige, von Versicherten kaum gewünschte elektronische Patientenakte (ePA) verpflichtend machen. Und er kündigt an, die im Januar 2020 im Bundestag abgelehnte »Widerspruchslösung« erneut auf die Agenda zu bringen. Der Plan: Alle Bürger*innen würden im Falle ihres »Hirntods« zu Organspender*innen erklärt, falls sie nicht früher einer Explantation ausdrücklich widersprochen haben. Lauterbachs Logik jeweils: Wer schweigt oder einfach nichts tut, soll zugestimmt haben. Wir meinen: Wirkliche Selbstbestimmung über persönliche Gesundheitsdaten und den eigenen Körper sieht ganz anders aus. Beide Vorhaben beleuchten wir kritisch und berichten über Lauterbachs angekündigte Klinik-Reform, hier in der Einschätzung durchaus kontrovers.

Für 2023 haben wir vor, die Zahl der Abonnent*innen deutlich zu steigern. Weil wir noch mehr Menschen erreichen wollen, und angesichts steigender Kosten sind mehr bezahlte Abos auch ökonomisch notwendig. Sie können mithelfen, bitte empfehlen Sie *BIOSKOP* weiter und unterstützen Sie den gemeinnützigen BioSkop-Verein mit Ihrer wichtigen Spende. Danke!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

BioSkop-Spendenkonto
DE26 3601 0043 0555 9884 39
bei der Postbank Essen
(BIC: PBNKDEFF)

Fortsetzung von Seite 1 ›

Machtvolle Benennungspraxis

Frauen geben ihre Eizellen ab, um etwas Geld zu verdienen. Sie meinen, dies auch zusätzlich aus selbstlosen Motiven zu tun. Die Selbstlosigkeit der Eizellabgabe wird als gut, Kommerzialisierung als problematisch gewertet. Sie greifen aber ineinander und legitimieren die Vermarktlichung der Körperstoffe. Das wird im politischen und wissenschaftlichen Diskurs so unsichtbar wie die »Spenderinnen«. »Altruismus« und »Leiden an der Kinderlosigkeit« verdecken neue Eigentumsverhältnisse zum eigenen und zu fremden Körpern. Das nützt vor allem den Reproduktionskliniken, aber weder den »Spenderinnen« noch allen »Empfängerinnen« *(→ Seite 14)*.

> Wir sollten kritisch hinterfragen, welche machtvollen Prozesse damit fortgeführt oder ermöglicht werden.

Keimbahntherapie ist bislang weltweit verboten, eine Art Selbstverpflichtung der internationalen Wissenschaftsgemeinde. Dieses Verbot könnte bald fallen. Befürworter*innen sagen, die Legalisierung ermögliche es, bestimmte Krankheiten zu vermeiden und zu »therapieren«. Dass damit die Möglichkeit der genetischen Gestaltung zukünftiger Generationen eröffnet wird, bleibt weitgehend unbenannt. Ein Bündnis zivilgesellschaftlicher Organisationen versucht, das Verbot zu verteidigen *(→ Seite 13)*.

Mit Verweis auf Wohltaten wird auch die Sammlung von medizinischen Daten in zentralen Servern und deren wissenschaftliche Nutzung ohne Einwilligung der Betroffenen vorangetrieben. Karl Lauterbach will die von Versicherten bisher kaum nachgefragte elektronische Patientenakte nun verpflichtend einführen – wer sie nicht will, muss ausdrücklich widersprechen. Es dominiert die Benennung von Vorteilen: keine unnötigen Doppeluntersuchungen mehr, bequemer Zugriff auf die persönlichen Gesundheitsdaten. Besonders die informationelle Selbstbestimmung bleibt auf der Strecke, wenn nur ein Widerspruch die Datenweitergabe an die Forschung verhindern kann *(→ Seite 3)*.

Gleiches gilt für die sogenannte Widerspruchslösung im Transplantationswesen *(→ Seite 5)*, die Lauterbach wieder ins Gespräch gebracht hat. Nur wer einer Organentnahme früher ausdrücklich widersprochen hat, soll noch ein Anrecht auf einen Sterbeprozess haben, der dieser Bezeichnung gerecht wird. Allerdings unterliegt auch der Sterbeprozess längst einer Verengung im Muster von ja/nein-Optionen zu medizinischen Behandlungen, vorab festgelegt in sogenannten Patientenverfügungen. Hinzu kommt die Option von Hilfe zur Selbsttötung, die ermöglichen soll, den vermeintlich eigenen Willen, »selbstbestimmt zu sterben«, umzusetzen. Dies auch aufgrund von Krankheit, Einschränkungen, Verzweiflung und dem Wunsch, niemandem zur Last zu fallen *(→ Seite 7)*.

Durch bestimmte Sprechakte, Benennungspraxen, werden Entwicklungen in Politik und Wissenschaft plausibel gemacht, ohne dass die Gestaltungsversuche in internationaler, sozialpolitischer und körperpolitischer Hinsicht beim Namen genannt werden. Wir sollten kritisch hinterfragen, welche machtvollen Prozesse damit fortgeführt oder ermöglicht werden – und nicht einfach glauben, dass es nur zu unserem Besten, alternativlos und unvermeidlich ist.

Neue BioSkop-Adresse

Das Jahr 2023 hat für uns recht turbulent begonnen, denn die BioSkop-Geschäftsstelle ist im Februar umgezogen – inklusive Archiv mit Dokumenten und Materialien aus mehr als 25 Jahren, die ungezählte Kartons und viele Regale füllen. Im Bestand sind auch noch einige *BIOSKOP*-Hefte der Jahrgänge 1998 – 2022, die womöglich in Ihrer Sammlung fehlen. Bei Bedarf bitte einfach Bescheid geben, wir schicken Ihnen gewünschte Exemplare gern, am liebsten gegen Spende.
Unsere neue Adresse lautet: Oberstraße 55, 45134 Essen. Alle weiteren Kontaktdaten sind unverändert, Ihre Ansprechpartnerin ist wie gewohnt Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, Mailadresse: *info@bioskop-forum.de*

Wer schweigt, soll zugestimmt haben

Lauterbach will elektronische Patientenakte für alle Versicherten

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) plant eine brisante Reform, die das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung im Kern berühren wird: Die elektronische Patientenakte, etabliert 2021 als freiwilliges Angebot, soll bis Ende 2024 für alle gesetzlich Krankenversicherten verbindlich eingerichtet werden. Wer das nicht will, muss im Nachhinein ausdrücklich widersprechen. Schweigen wird nach Lauterbachs Rechtsauslegung einfach als Zustimmung gewertet – Datennutzung durch Forscher*innen und Wirtschaftsunternehmen inklusive.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ermöglicht die digitale Speicherung der gesamten persönlichen Krankheits-, Medikations- und Untersuchungsgeschichte – gesammelt über Praxis- und Krankenhausgrenzen hinweg *(→ Kasten)*. Die Nachfrage ist bislang allerdings ziemlich gering: Nicht mal ein Prozent der rund 74 Millionen gesetzlich Versicherten haben sich binnen zwei Jahren freiwillig eine ePA von ihrer Krankenkasse gewünscht und einrichten lassen.

Die sogenannte »Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege«, vorgestellt von Lauterbach Anfang März, strebt nun an, dass bis 2025 achtzig Prozent der gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen werden. Möglich machen soll dies die gesetzliche Einführung des »Opt-Out-Prinzips« bei der ePA, was laut Lauterbach bedeutet: »Jeder, der nicht ausdrücklich widerspricht, ist automatisch dabei.« Wie dies genau geregelt werden soll, ist noch unklar, einen konkreten Entwurf für ein entsprechendes Digitalgesetz will der Bundesgesundheitsminister in den nächsten Wochen präsentieren.

Lauterbach erklärt: »Moderne Medizin braucht digitale Hilfe«, welchen Beitrag die ePA für die Versorgung leisten soll, wird auf der Homepage des Bundesgesundheitsministerium (BMG) wie folgt skizziert: »Durch die bessere Verfügbarkeit der Daten kann die persönliche medizinische Behandlung in Zukunft verbessert werden. Zeit, die ansonsten für die Informationsbeschaffung anfällt, kann stattdessen für die konkrete Behandlung genutzt werden. Außerdem können Doppeluntersuchungen vermieden werden, was sowohl zu einer Entlastung der Patientinnen und Patienten als auch zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führt.« Ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln sollen mittels digitaler Unterstützung auch vermieden werden, »indem – in enger Verknüpfung mit dem E-Rezept – die ePA für jeden Versicherten mit einer vollständigen, weitestgehend automatisiert erstellten, digitalen Medikationsübersicht befüllt wird«.

Zu Forschungszwecken abrufbar

Die elektronische Patientenakte soll allerdings nicht nur dazu dienen, die individuelle Behandlung von Kranken zu verbessern. Es geht um noch viel mehr: »Pseudonymisierte ePA-Daten sollen künftig zu Forschungszwecken automatisch über das FDZ abrufbar sein«, erklärt das Lauterbach-Ministerium. Das Kürzel FDZ steht für das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, angesiedelt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. »Künftig soll auch die forschende Industrie dort Anträge

Fortsetzung auf Seite 4 ›

Nutzung freiwillig

Gesetzliche Krankenkassen sind seit Januar 2021 verpflichtet, ihren Mitgliedern die elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten und auf Antrag zur Verfügung zu stellen. »Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig«, steht im Paragraphen 341 SGB V, der die Rechte und Pflichten zur ePA detailliert regelt. Offiziell erklärter Zweck der ePA ist es, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, insbesondere Anamnese und Befunderhebung sollen mit den ePA-Daten unterstützt werden.

Die Informationen, die Krankenversicherte bei Bedarf in ihrer persönlichen ePA speichern lassen können, sind vielfältig und sensibel, zum Beispiel: Daten zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapien, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichten. Außerdem Daten zu verschriebenen Medikamenten und zur pflegerischen Versorgung, ein Notfalldatensatz, elektronische Dokumentation von Impfungen, Angaben zur zahnärztlichen Vorsorge, Bescheinigungen über Krankschreibungen, gegebenenfalls auch der Mutterpass sowie Daten, die bei Teilnahme von Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten erhoben werden.

Die Patient*innen können ihre persönlichen Daten online verwalten, per Smartphone oder Tablet. Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten eine App zum Download an, mit der sie Zugang zu ihrer digitalen Patientenakte bekommen.

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Neustart mit EY und IBM

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) bieten ihren Versicherten seit 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) an, das Versprechen: »Über Ihre ›AOK Mein Leben‹-App haben Sie zu jeder Zeit und an jedem beliebigen Ort Zugriff auf Ihre persönlichen Gesundheitsdaten und können diese eigenständig verwalten.« Wie viele der rund 27 Millionen AOK-Mitglieder die kasseneigene ePA freiwillig nutzen, ist nicht bekannt. Carola Reimann, Vorstandvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, hofft auf Wachstum: »Die von Minister Lauterbach angekündigte Opt-out-Regelung«, erklärte sie am 21. März, »ist ein wichtiger Meilenstein für die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte.« Gleichzeitig kündigte der AOK-Bundesverband einen »Neustart« an: »Die Ernst & Young GmbH (EY) wird mit ihrem Unterauftragnehmer IBM Deutschland GmbH ab dem 1. Juli 2023 die elektronische Patientenakte (ePA) für die AOK-Gemeinschaft entwickeln und betreiben.« Damit lägen Entwicklung und Betrieb künftig in einer Hand. Die Neu-Ausschreibung ermögliche es der AOK-Gemeinschaft zudem, »die Überlegungen des Gesetzgebers zur Einführung der Opt-out-ePA und die Ziele der Digitalstrategie zu berücksichtigen«.

Fortsetzung von Seite 3 ›

auf Datenzugang stellen können«, kündigt das BMG an. »Entscheidend für die Anfragen ist der Nutzungszweck, nicht der Absender.« Bis Ende 2026 sollen mindestens 300 Forschungsvorhaben unter Nutzung von Daten aus dem FDZ »durchgeführt beziehungsweise initiiert« werden, kündigte Lauterbach an – Details über Inhalte und Beteiligte nannte er bisher nicht.

Gefördert werden soll die Forschung durch ein neues Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), das Lauterbach ebenfalls bald vorlegen will. Das GDNG soll auch den Aufbau einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle vorantreiben, »die den Zugang zu Forschungsdaten aus verschiedenen Quellen (z.B. Krebsregister, Krankenkassendaten) ermöglicht«.

Die Gemengelage, die Lauterbach und seinem Ministerium vorschwebt, wird in der »Digitalisierungsstrategie« so beschrieben: »Wir stellen die Verfügbarkeit und Verknüpfbarkeit von Daten aus unterschiedlichen Quellen sicher. Dazu zählen unter anderem Abrechnungsdaten, Versorgungsdaten aus der ePA sowie Studien-, Genom- und/oder Registerdaten. Damit fördern wir zum Beispiel den Erkenntnisgewinn zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren wie Pandemien, ermöglichen präventives und prädiktives Handeln durch personalisierte Medizin.« Dies stärke »Deutschlands Rolle als führenden Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort«.

> »Wir stellen die Verfügbarkeit und Verknüpfbarkeit von Daten aus unterschiedlichen Quellen sicher.«

Im wissenschaftlichen Fokus steht insbesondere die Genomforschung. »Zum Wohle der Patientinnen und Patienten«, so die Verheißung der Digitalisierungsstrategie, »wird die Genommedizin als eine wissensgenerierende Versorgungsform mit dem Modellvorhaben Genomsequenzierung nach § 64e SGB V gestärkt.« Die maximale Aufbewahrungszeit von Daten werde hier »nicht begrenzt, wenn eine längere Aufbewahrung in medizinisch-pflegerischer Hinsicht sinnvoll und/oder für die Forschung erforderlich ist«. Geprüft werde außerdem der »Anschluss« des Modellvorhabens, in das zunächst nur Patient*innen mit seltenen und onkologischen Erkrankungen einbezogen werden, auch »an relevante Register, die ePA, an europäische Initiativen (1+ Million Genomes/Genomic Data Infrastructure) sowie an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS)«.

Bei alledem den Überblick zu behalten, ist für Versicherte sicher alles andere als einfach, wahrscheinlich auch viel zu mühsam. Immerhin steht die Digitalisierungsstrategie des BMG auf dessen Homepage zum Download bereit, aufbereitet in Form einer 44-seitigen Broschüre.

Im Vorwort schreibt Karl Lauterbach, seine Digitalisierungsstrategie helfe »uns als Gesellschaft, die mehrwertstiftende Nutzung von Gesundheits- und Pflegedaten sowie Anforderungen an Datenschutz beziehungsweise -sicherheit in eine angemessene Balance zu bringen«.

Wie das Gleichgewicht tatsächlich aussieht, sollte unter anderem der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Ulrich Kelber, genau anschauen. Zu Lauterbachs Digitalisierungsstrategie hat er sich öffentlich noch nicht geäußert, in seinem jüngsten Tätigkeitsbericht für das Jahr 2022 bemerkt Kelber aber: »Grundsätzlich sehe ich keine Notwendigkeit für den angestrebten Paradigmenwechsel zu einer Opt-out-ePA.« Inwieweit der oberste Datenschützer beteiligt wird und wie aktiv er sich selbst einmischt, wird man in den nächsten Monaten beobachten können. Lauterbach hat immerhin versichert, berechtigte Datenschutz-Bedenken seien für ihn wie Gold, um Fehler zu vermeiden.

Und wer soll für die Kosten der möglichst flächendeckenden ePA finanziell aufkommen? Wissen wollte das jüngst die Linken-Bundestagsabgeordnete Kathrin Vogler. Ihr antwortete Edgar Franke, Parlamentarischer Staatssekretär beim BMG, am 15. März: »Sowohl die Finanzierung der Entwicklungskosten der elektronischen Patientenakte als auch ihre Bereitstellung erfolgt aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).« Konkrete Beträge nannte Franke nicht. Allerdings stellte er in Aussicht, dass die Leistungserbringer, zum Beispiel behandelnde Ärzt*innen, für die Befüllung der ePA »im konkreten Behandlungskontext« eine Vergütung erhalten werden. Wie hoch diese ausfallen soll, sagte Franke ebenfalls nicht, er stellte aber klar: »Eine rückwirkende Befüllung der elektronischen Patientenakte mit Patientendaten aus vorhergehenden, anderen Behandlungen ist nicht vorgesehen.«

Auf der BMG-Homepage kann man gratis auch ein ausführliches Interview lesen, dass die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* mit dem Bundesgesundheitsminister geführt und Anfang März veröffentlicht hat. Abschließend wurde er von der *FAS* gefragt, ob er mit einer »breiten Bewegung gegen die Neuerungen« rechne. »Das glaube ich nicht«, antwortete Lauterbach, ein großer Teil der Bevölkerung sei »der Digitalisierung gegenüber positiv eingestellt«, die allermeisten Leute wollten, »dass mal wieder etwas funktioniert«.

Was tatsächlich passiert, wird man in den nächsten Jahren erleben.

Entscheider*innen und »Schirmherr«

Die Industriemesse DMEA, veranstaltet in Berlin vom Bundesverband Gesundheits-IT, ist laut Selbstdarstellung »Europas Leitveranstaltung für Digital Health«, sie gilt als Treffpunkt für »Entscheiderinnen und Entscheider aus sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung«, Politiker*innen inklusive. Am 25. April ist es wieder so weit, das 3-tägige Kongressprogramm gibt einen Eindruck davon, wie sich die digitalen Macher*innen die Zukunft vorstellen. Thematisiert werden elektronische Patientenakte (ePA) und eRezept, Strategien zur Digitalisierung von Gesundheitswesen und Pflege, Künstliche Intelligenz und auch die Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes. »Karriere in der Healthcare-IT« steht ebenfalls auf der Agenda. »Schirmherr« und Eröffnungsredner ist Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, nach seiner »Keynote« folgen mehr als 200 »Speaker« aus dem In- und Ausland, die ihre »Visionen der Digitalisierung des Gesundheitswesens« präsentieren sollen. Bereits bei der DMEA 2022 hatte Lauterbach als »Schirmherr« fungiert und auch ein Strategiegesetz zur Digitalisierung angekündigt *(→ BIOSKOP Nr. 98)*. Die »Kernanwendung« der Telematikinfrastruktur sei die ePA, für deren Einführung er ja bereits 2002 plädiert habe. Wer wissen will, wohin die digitale Reise nach den Entwürfen diverser Expert*innen gehen soll, sollte sich das gesamte Kongressprogramm anschauen: *https://www.dmea.de/de/programm/*

Nächster Anlauf?

Lauterbach bringt »Widerspruchslösung« wieder ins Gespräch

2022 wurden in deutschen Kliniken weniger menschliche Organe für Transplantationen entnommen und verpflanzt als im Vorjahr. Anlass für den Bundesgesundheitsminister, erneut eine Regelung zu fordern, die vor drei Jahren im Parlament keine Mehrheit gefunden hatte: die sogenannte Widerspruchslösung.

Wer nach ärztlicher Diagnose als »hirntot« gilt, ist selbstverständlich damit einverstanden, sich Nieren, Leber, Herz, Lunge, Darm, Bauchspeicheldrüse und auch Gewebe entnehmen zu lassen – es sei denn, er oder sie hat der Explantation zu einem früheren Zeitpunkt nachweislich widersprochen. Für ein Gesetz, das genau diese merkwürdige Logik legitimiert, hatte sich Karl Lauterbach (SPD) schon in der vergangenen Legislaturperiode stark gemacht. Der Vorstoß, unterstützt auch von Lauterbachs Amtsvorgänger Jens Spahn (CDU), scheiterte; statt dessen beschloss der Bundestag am 16. Januar 2020 ein Gesetz zur »Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende« *(→ BIOSKOP Nr. 89)*. Das Herzstück der Reform, der Aufbau eines Online-Registers zur Speicherung von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ist noch nicht realisiert *(→ Randbemerkung)*.

»Das geltende Gesetz ist gescheitert«, sagte Lauterbach am 16. Januar 2023 der Nachrichtenagentur *dpa*, er plädiert dafür, erneut eine parlamentarische »Initiative zur Einführung der Widerspruchslösung« zu starten. Ob auch das von ihm geführte Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen entsprechenden Entwurf vorlegen wird, ließ Lauterbach bisher offen.

Lauterbach kommunizierte seinen neuerlichen Vorstoß just, als die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ihre Bilanz für 2022 vorstellte: »Im vergangenen Jahr haben 869 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet«, schreibt die DSO, also »64 weniger als im Vorjahreszeitraum«. Entnommen wurden insgesamt 2.662 Organe, im Vorjahreszeitraum wurden 2.905 explantierte Organe gezählt. Die 46 deutschen Transplantationszentren verpflanzten laut DSO-Zahlen in 2022 insgesamt 2.795 Organe, 2021 waren es 2.979 gewesen.

Rechnerisch bedeutet das: 2022 wurden hierzulande 133 Organe mehr implantiert als aus Deutschland in den Pool des Eurotransplant-Verbundes »gespendet« wurden. Außerdem erklärte die DSO, dass »die organspendebezogenen Kontaktaufnahmen der Kliniken zur DSO« gewachsen seien – auf 3.256, Vorjahr: 3.132. Die gestiegenen Meldungen zu »hirntoten« Patient*innen führten laut DSO »allerdings nicht zu mehr Organspenden, die realisiert werden konnten«.

»Der häufigste Grund, warum eine Organspende nicht erfolgt, ist die fehlende Einwilligung«, sagt Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO. »Mit dem zunehmenden Alter der Spender spielen aber auch Kontraindikationen, also medizinische Ausschlussgründe, eine immer größere Rolle.«

Wie viele der Betroffenen der Entnahme ihrer Organe zuvor ausdrücklich selbst zugestimmt haben und bei wie vielen keine entsprechende Erklärung vorlag, thematisiert die DSO in ihrer Pressemitteilung vom 16. Januar nicht. Sie betont aber, dass »die Ablehnung der Organspende in weniger als einem Viertel der Fälle auf einem bekannten schriftlichen (7,3 Prozent) oder mündlichen (16,3 Prozent) Willen der Verstorbenen basierte«. 42 Prozent der registrierten Ablehnungen erfolgten laut DSO »aufgrund des vermuteten Willens der Verstorbenen, 35 Prozent der Ablehnungen beruhten auf der Einschätzung der Angehörigen nach ihren eigenen Wertvorstellungen«.

Rahmel interpretiert die Zahlen zur Ablehnung wie folgt: »Angehörige entscheiden sich aus Unsicherheit aber häufig dagegen, da der Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist.« Hier kann nach Meinung des DSO-Chefs »nur Aufklärung etwas verändern und möglicherweise auch der Anstoß über eine Widerspruchsregelung, wie von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach im letzten Jahr vorgeschlagen«.

Aufklärung gewünscht

Rahmels Hoffnung, Aufklärung werde die Bereitschaft zur Organentnahme steigern, muss nicht in Erfüllung gehen – mehr zu wissen, kann ja auch den gegenteiligen Effekt bewirken. Werbung und Kampagnen pro »Organspende« laufen seit Jahrzehnten. Zudem sollen Hausärzt*innen, gemäß Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft, ihren Patient*innen seit März 2022 auch Beratungsgespräche zum Thema »Organspende« anbieten *(→ BIOSKOP Nr. 98)*. Dieses Angebot wird offenbar gar nicht so selten angenommen. Laut Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind im Zeitraum 1. März 2022 bis 30. September 2022 insgesamt 1.683.816 Beratungen zur »Organspende« abgerechnet worden. Mitgeteilt hat dies Edgar Franke (SPD), Parlamentarischer Staatssekretär beim BMG, am 1. März 2023, nachgefragt hatte der CSU-Abgeordnete Stephan Pilsinger.

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Neue Vorhersage

Das zentrale Organspende-Register, das eigentlich schon im März 2022 online gehen sollte, wird wohl »im ersten Quartal 2024 seinen Betrieb aufnehmen«. Mitgeteilt hat dies Sabine Dittmar (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesgesundheitsministerium. Auf Anfrage des CSU-Abgeordneten Stephan Pilsinger erklärte sie am 8. Februar auch, warum der ursprüngliche Zeitplan nicht eingehalten werden konnte. Unter anderem sagte Dittmar: »Die Entwicklung eines Registers, in dem hochpersönliche Erklärungen von Bürgerinnen und Bürgern sicher gespeichert werden sollen, die im Fall einer möglichen Organspende in den Entnahmekrankenhäusern von hierzu speziell autorisiertem Personal verlässlich und sicher abgerufen werden können, stellt in der Entwicklung hohe Anforderungen an die IT-Sicherheit sowie an die erforderlichen Authentifizierungsverfahren für den jeweiligen Zugang des berechtigten Personenkreises zum Register. Die erheblichen Projektverzögerungen wurden im Frühjahr 2022 von dem mit der Entwicklung des OGR beauftragten externen Dienstleister, der Bundesdruckerei GmbH, unter anderem mit der Komplexität des Projekts begründet. Nach einer grundlegenden Überarbeitung der Projektplanung und einem damit einhergehenden verbesserten Risikomanagement wurde die Zeit- und Inhaltsplanung daher angepasst.«

Arbeitskreis besteht 40 Jahre

Auf den Spuren der NS-»Euthanasie«

Der Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation feiert im Juni sein 40-jähriges Bestehen mit einer »Jubiläumstagung«. Thematisiert werden auch aktuelle politische Entwicklungen.

Während der Nazi-Terrorherrschaft wurden zehntausende psychisch kranke, geistig behinderte oder sozial auffällige Männer, Frauen und Kinder ermordet oder zwangsweise sterilisiert. Den juristischen Weg bahnte das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«, das die NS-Regierung am 14. Juli 1933 verabschiedete.

1983 vernetzten sich in der Bundesrepublik haupt- und nebenamtliche Forscher*innen unterschiedlicher Disziplinen, ihr gemeinsamer Antrieb: Sie wollten die Geschichte der NS-Verbrechen an den als »minderwertig« eingestuften Menschen aufklären – und zwar am Beispiel der gesundheitlichen Institutionen, in denen sie damals arbeiteten. Geboren war so der Arbeitskreis (AK) zur Erforschung der NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation, bekanntester Mitgründer war der Psychiater Klaus Dörner, dessen Buch *Irren ist menschlich* »das Lehrbuch für alle sozialpsychiatrisch Tätigen bis heute ist«, wie AK-Mitglied Michael Wunder in einem bewegenden Nachruf auf den im September 2022 verstorbenen Professor schrieb.

Im Laufe der Jahre hat der Arbeitskreis zahlreiche lesenswerte Publikationen erstellt, mit Titeln wie *Psychiatrie im Dritten Reich, Tödliches Mitleid, Der regional vernetzte Krankenmord* oder *Den Opfern ihre Namen geben*. Eine Übersicht steht auf der AK-Internetseite *https://www.ak-ns-euthanasie.de/berichte/*

Zudem hat sich der AK mit etlichen Stellungnahmen in politische und medizin-ethische Debatten eingemischt. Bereits 1992 erschien ein »Memorandum gegen die neue Lebensunwert-Diskussion«, eine Reaktion auf Thesen des australischen Bioethikers Peter Singer, die auch von einigen bundesdeutschen Ethiker*innen wohlwollend aufgegriffen wurden. Viel Beachtung fand die »Grafenecker Erklärung zur Bioethik« von 1996, ein scharfsinniges Dokument im Kontext der damals weit verbreiteten Kritik an der Bioethik-Konvention des Europarates *(→ BIOSKOP Nr. 1)*. 2010 folgte dann der wichtige »Appell zur Errichtung eines zentralen Gedenk- und Informationsortes für die Opfer der nationalsozialistischen ›Euthanasie‹ in Berlin«.

Es lohnt sich, diese und weitere Dokumente auf der AK-Homepage erneut zu lesen, dies gilt auch für die aktuelle »Stellungnahme zur Frage der gesetzlichen Regelung einer (geschäftsmäßigen) Suizidbeihilfe« *(→ Randbemerkung)*.

Das 40-jährige Bestehen des Arbeitskreises wird vom 8. bis 10. Juni an verschiedenen Orten in Berlin gefeiert, im Rahmen einer Jubiläumstagung mit dem Leitthema »Medizinische Wissenschaft im Nationalsozialismus und Erinnerungskultur«. Am 9. Juni gibt es ab 18.30 Uhr einen Festakt, bei dem auch die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien, Claudia Roth, ein Grußwort sprechen soll. Zum Auftakt des umfangreichen Tagungsprogramms spricht am 8. Juni, 17.30 Uhr, der Medizinhistoriker Heinz-Peter Schmiedebach, Titel seines Vortrags: »Parteigänger, Kollaborateure, Abtrünnige? Anmerkungen zur Analyse von Handlungsmöglichkeiten von Wissenschaftler:innen im Nationalsozialismus«. Am 10. Juni geht es um die aktuelle Suizidhilfe-Debatte, Referent*innen sind Psychologe Michael Wunder, Medizinethikerin Susanne Michl und Intensivpflegerin Maike Lyall. Neben zahlreichen Vorträgen ist auch ein Theaterstück über Euthanasie angekündigt. Am 9. Juni tritt ab 16.15 Uhr die Gruppe »Die Oppelner« auf, Titel ihrer Aufführung: »(Un)Wertes Leben«.

> Jubiläumstagung mit dem Leitthema »Medizinische Wissenschaft im Nationalsozialismus und Erinnerungskultur«

Die Tagung ist öffentlich, Interessierte sind willkommen; wer teilnehmen will, findet das gesamte Programm auf der Homepage des Arbeitskreises, Anmeldungen sind bis zum 30. April per E-Mail möglich: *anmeldung@zukunfts sicherung-ev.de*

Der AK zur NS-»Euthanasie« und Zwangssterilisation versteht sich als »offenes Forum« und freut sich über alle, die künftig mitmachen wollen. Zurzeit engagieren sich hier Menschen aus vielen Bereichen: Krankenpflegekräfte, Ärzt*innen, Theolog*innen, Historiker*innen, Jurist*innen, Gedenkstättenmitarbeiter*innen, Pädagog*innen, Psycholog*innen, Soziolog*innen und Fachjournalist*innen.

Klaus-Peter Görlitzer

»Falsches Signal«

Zu den aktuellen Suizidhilfe-Gesetzentwürfen hat sich auch den Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen »Euthanasie« und Zwangssterilisation positioniert. Seine 5-seitige Stellungnahme vom Oktober 2022 endet wie folgt: »Das Paradoxon einer gesetzlichen Regulierung der Suizidassistenz besteht darin, dass sie zwar Einschränkungen und Kontrollen vorsieht, jedoch der Auffassung, dass Suizidassistenz nur als Ultima Ratio in aussichtslos empfundenen Fällen zur Durchführung kommen darf, in der Praxis gerade durch die Regulierung zuwiderläuft. Aus der Sicht des Arbeitskreises zur Erforschung der nationalsozialistischen ›Euthanasie‹ und Zwangssterilisation erscheint ein Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe sinnvoll, weil Sterbehilfeorganisationen, die die Not suizidaler Menschen aus unterschiedlichen Motiven heraus ausnutzen, rechtlich nicht anders in ihre Schranken gewiesen werden können. Ausnahmen davon in strengen Einzelfällen, wie sie der Entwurf von Castellucci und anderen vorsieht, scheinen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zwar unvermeidlich, führen jedoch aus unserer Sicht zu den hier aufgeführten Problemen. Eine ausdrückliche gesetzliche Erlaubnisregelung des ärztlich assistierten Suizids, der für sich genommen bereits im gegenwärtigen Recht keinen Straftatbestand darstellt, aber nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, ist hingegen aus historischer und ethischer Sicht eine höchst fragwürdige Konsequenz aus dem Urteil. Wir halten sie für das falsche gesellschaftliche Signal für einen angemessenen Umgang mit kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen.«

Aktuelle Infos von der *BIOSKOP*-Redaktion zu vielen biopolitischen Themen lesen Sie kontinuierlich auch via Twitter: **@newsBioskop** – Surfen Sie mal hin!

Erwartung an Ärzt*innen?

Suizidhilfe-Gesetz könnte 2023 kommen – muss aber nicht

Der Bundestag könnte Hilfe zur Selbsttötung bald neu regeln. Drei interfraktionelle Entwürfe wurden im Juni 2022 in erster Lesung diskutiert *(→ BIOSKOP Nr. 98).* Wann die parlamentarische Beratung fortgesetzt wird, ist derzeit ungewiss.

Die bisher meisten Unterschriften, nämlich 111, stehen unter dem Gesetzentwurf einer Abgeordneten-Gruppe um Lars Castellucci (SPD). Er will geschäftsmäßige Förderung von Suizidhilfe erneut unter Strafe stellen – aber nur für den Fall, dass bestimmte Verfahrensregeln nicht eingehalten werden *(→ ausführlich BIOSKOP Nr. 97).* Zwei weitere Entwürfe, erstellt unter Federführung von Kathrin Helling-Plahr (FDP) und Renate Künast (Grüne), wollen Suizidassistenz außerhalb des Strafrechts regeln, sie weisen bislang die Namen von 69 beziehungsweise 45 unterzeichnenden Parlamentarier*innen auf.

Ende Januar berichtete das RedaktionsNetzwerk Deutschland, dass die parteiübergreifenden Gruppen um Helling-Plahr und Künast vorhaben, ihre Vorstellungen zusammenzuführen und einen gemeinsamen Antrag auszuarbeiten – um die Chancen bei einer eventuellen Abstimmung zu steigern. Gemein haben beide Entwürfe, dass sie Suizidwilligen die Verschreibung von Medikamenten zwecks Selbsttötung ermöglichen wollen. Unterschiedliche Ideen gibt es bisher zur Frage, wie dies im Detail geregelt werden soll. Bis Ende März ist noch kein neuer Antrag oder Gesetzentwurf öffentlich geworden.

BioSkop und die Hospizvereinigung Omega raten dringend davon ab, Hilfe zur Selbsttötung zu regulieren und damit auch gesellschaftlich zu legitimieren *(→ Randbemerkung).* Anders die Bundesärztekammer (BÄK), sie ist nicht prinzipiell gegen ein Suizidhilfe-Gesetz, sieht aber die vorliegenden Entwürfe skeptisch. Wolfgang Miller, einer der Vorsitzenden des BÄK-Berufsordnungsausschusses, hofft auf »grundlegende Überarbeitungen«. Ende Januar sagte Miller dem *Deutschen Ärzteblatt:* »Ich sehe mit Sorge, dass es am Ende darauf hinausläuft, dass wir als Ärztinnen und Ärzte diejenigen sind, auf welche der Suizidwillige angewiesen ist, wenn er das tödliche Medikament erhalten will.« Zwar sei klar, dass auch künftig niemand verpflichtet werde, Suizidhilfe zu leisten. »Aber die Gesetzentwürfe beinhalten eine entsprechende Erwartung an uns«, erklärte Miller und fügte hinzu: »Wenn der nicht genügend Ärztinnen und Ärzte nachkommen, öffnet dies den Weg für Sterbehilfevereine.«

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) bilanzierte im Februar, sie habe im Jahr 2022 insgesamt »227 Freitodbegleitungen vermittelt«. Dabei kooperiere die DGHS bundesweit mit »16 Teams bestehend aus je einem Juristen und je einem Arzt«. *Klaus-Peter Görlitzer*

Prioritäten bitte anders setzen

»Suizidassistenz gesetzlich legitimieren? Sozial- und gesundheitspolitische Bedingungen verbessern, Suizidprävention fördern!« Unter dieser Überschrift haben BioSkop und die Hospizvereinigung Omega im Dezember 2022 eine gemeinsame Stellungnahme vorgelegt, adressiert an Politik, Verbände, Öffentlichkeit *(→ BIOSKOP Nr. 100).* Das 4-seitige Positionspapier steht im Wortlaut auf der BioSkop-Homepage *(www.bioskop-forum.de)* und darf gern weiterempfohlen werden – Quintessenz der Stellungnahme:
»Im Ergebnis raten wir von einer Regulierung der Suizidhilfe dringend ab. Angesichts der traurigen Realität, dass sich in Deutschland jährlich über 9.000 Menschen das Leben nehmen und viel mehr Menschen dies versuchen, plädieren wir dafür, die Prioriäten anders zu setzen: Dringend notwendig ist es, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Lebenskrisen und Suizidalität von Menschen Vorschub leisten, politisch anzugehen und zu verbessern. Das betrifft vor allem sozialpolitische Standards und die Bedingungen in Pflege, ambulanter und klinischer Versorgung. Vorrangig zu stärken ist zudem die Suizidprävention. Immerhin liegt auch ein fraktionsübergreifender Antrag (20/1121) vor, der eine gesetzliche Absicherung der Suizidprävention verlangt und detaillierte Vorschläge unterbreitet. Dieses Anliegen halten wir für richtig und appellieren an den Gesetzgeber, es unverzüglich in die Tat umzusetzen.«

Suizidhilfe für Inhaftierten

Die Schweiz gehört zu den Staaten, die in Sachen Suizidhilfe stetig voran gehen. Am 28. Februar 2023 gab es wieder eine Premiere: Zum ersten Mal habe ein Strafgefangener mittels assistierter Selbsttötung sein Leben beendet, meldete zuerst die Wochenzeitung *WOZ,* geholfen habe ihm dabei die Sterbehilfeorganisation Exit. Details über den Suizidhilfe-Fall wurden von offizieller Seite nicht veröffentlicht; warum der Gefangene, der in der Justizvollzugsanstalt Bostadel im Kanton Zug einsaß, sterben wollte, ist also unbekannt.

Klar ist aber, dass das Schweizerische Kompetenzzentrum für den Justizvollzug im Jahr 2019 ein Grundlagenpapier erstellt hatte, das Strafgefangenen das Recht auf Suizidhilfe grundsätzlich zugesteht. Die assistierte Selbsttötung könne, falls der Sterbewillige dies wünsche, auch außerhalb des Gefängnisses stattfinden. Erlaubt sei zu diesem Zweck auch eine Verlegung in das Sterbezimmer einer Suizidhilfeorganisation oder auch in ein »gesichertes Pflegezentrum«.

In besagtem Grundlagenpapier steht auch, wer für die Suizidhilfe finanziell aufkommen muss. Grundsätzlich müsse der Sterbewillige die Kosten für die Dienste der Suizidhilfeorganisation und für die Ausstellung des Rezeptes für das tödliche Präparat selbst bezahlen. »Bei fehlenden Mitteln der sterbewilligen Person ist ein Antrag an eine Drittstelle (z.B. Sozialbehörde) zu richten«, so die Vorgabe. »Die einweisende Behörde und die Institution haben sich einer Kostenbeteiligung zwingend zu enthalten.«

Am 3. Februar berichtete der Exit-Verein über weiteres Wachstum. Im Jahr 2022 sind laut seiner Bilanz 1.125 seiner Mitglieder mit Unterstützung von Exit »selbstbestimmt« in der Schweiz gestorben – 2021 hätten 973 Mitglieder auf diese Weise ihr Leben beendet, 2020 wurden 913 solcher Fälle gezählt. Als »positive Entwicklung« wertet EXIT, dass auch die Zahl der assistierten Selbsttötungen in Alters- und Pflegeheimen in den letzten Jahren stetig angestiegen sei. 2022 seien 209 Menschen, die in Heimen lebten, mit Assistenz von Exit gestorben.

Weniger Ökonomie – mehr Patientenwohl

Karl Lauterbach will eine große Krankenhausreform

Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Deutschland hat zu viele und zu viele ungeeignete Krankenhäuser, sagen Fachleute. Karl Lauterbach will das nun ändern. Doch dazu braucht er die Unterstützung der Bundesländer.

In Ostfriesland kämpfen die Menschen seit Jahren für ihre Krankenhäuser. Drei kleine Kliniken, in Emden, Norden und Aurich, sollen in regionale Versorgungszentren umgewandelt werden – dafür soll ein neues Zentralklinikum entstehen, genau in der Mitte zwischen den drei Orten. Um das zu verhindern, haben sich viele Bürger in sozialen Medien organisiert, Unterschriften gesammelt, demonstriert, Interviews gegeben und für zwei Bürgerbegehren mobilisiert.

Sie sind nicht allein: Die Deutschen lieben ihre kleinen, vertrauten Krankenhäuser vor Ort, die sie zu Fuß oder mit dem Bus erreichen können. In Deutschland gibt es mehr als 1.700 Kliniken, in vielen können weniger als 100 Patienten stationär behandelt werden. »Was die Menschen nicht verstehen: Das Krankenhaus um die Ecke ist nicht automatisch am besten geeignet«, sagt Ferdinand Gerlach, der bis Ende Januar Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit der Bundesregierung war. »Fahrzeiten von dreißig Minuten in ein spezialisiertes Krankenhaus sind bei manchem Notfall besser als zehn Minuten in ein nicht spezialisiertes Krankenhaus.«

Die als Medizinfabrik geschmähte Großklinik mag nicht sympathisch wirken, doch verfügt sie meist über eine bessere Ausstattung und geschultes Personal. Deshalb plant Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) eine »Revolution«, wie er es nennt. Die deutsche Krankenhauslandschaft soll radikal umgestaltet werden.

Der Minister verspricht: weniger Ökonomie, mehr Patientenwohl. So sollen unter anderem falsche Mengenanreize zugunsten von sogenannten Vorhaltepauschalen zurückgefahren werden. Bislang verdienen Kliniken mehr Geld, wenn sie viele lukrative Operationen oder Untersuchungen durchführen. Künftig könnten sie einen Teil der Vergütung unabhängig von der Zahl erbrachter Leistungen erhalten.

Lauterbach will auch strenger regeln, welche Behandlungen die Kliniken überhaupt durchführen dürfen. Die von ihm eingesetzte »Regierungskommission« schlägt ein dreistufiges System vor. Strikte Kriterien sollen darüber entscheiden, wer spezialisierte Therapien oder sogenannte Maximalversorgung anbieten darf, das entspräche Level 2 und 3. Kleinere Kliniken würden zu medizinischen Versorgungszentren oder Grundversorgern mit eingeschränktem Spektrum erklärt, Level 1i oder 1n. Viele Kliniken würden umgewandelt – andere ganz schließen.

Klinikschließungen drohen allerdings auch ohne Reform, dann allerdings im Zuge eines »kalten Strukturwandels«. Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erwarten 60 Prozent der Krankenhäuser in ihrer Bilanz für das Jahr 2022 »zum Teil tiefrote Zahlen«. Ohne Reform, so der langjährige Gesundheitsweise Gerlach, könnten Schließungen die falschen Krankenhäuser erwischen.

Auch DKG sieht Reformbedarf

Proteste sind absehbar. Doch der mächtigste Widerstand kommt nicht von Bürgerinitiativen wie in Ostfriesland. Als die DKG Mitte Februar ihren Alternativvorschlag zum Lauterbach-Entwurf vorstellte, saß auch Boris Augurzky am Mikrofon. Der Gesundheitsökonom von der Universität Duisburg-Essen ist unter anderem Geschäftsführer der Firma Institute for Health Care Business, kurz HCB. Sie hat Lauterbachs Pläne im Auftrag der DKG gemeinsam mit der Firma Vebeto analysiert. Augurzky gehört auch der Regierungskommission an, die die geplante Reform erarbeitet hat. Agiert der Ökonom nun als eine Art Doppelagent? DKG-Vorstandsvorsitzender Gerald Gaß versicherte, es habe nahegelegen, jemanden zu beauftragen, »der weiß, wovon er spricht«.

Früher forderte die DKG von der Politik meist eins: mehr Geld. Mittlerweile erkennt auch sie den grundlegenden Reformbedarf. »Wenn wir nichts tun, geht uns allmählich das Personal aus«, sagte Augurzky. Gaß versicherte, es sei nicht möglich, »in den heutigen Versorgungsstrukturen die notwendigen Gesundheitsleistungen von morgen zu erbringen«. Die veraltete Krankenhauslandschaft passt nicht mehr zur modernen, spezialisierten Medizin. Zu starke Veränderungen lehnt die DKG trotzdem ab. Augurzky hat in einem »Simulationsmodell« durchgespielt, was die Lauterbach-Reform in der Realität bedeuten würde: Es würden nur 232 Krankenhäuser für Maximal- und Schwerpunktversorgung übrigbleiben, der Level 2 und 3. Die DKG sieht in ihrem Alternativvorschlag 425 vor.

Für den Public-Health-Experten Reinhard Busse, Mitglied der Regierungskommission, ist dies jedoch der falsche Ansatz. »Man muss nicht sagen, wie viele fallen weg, sondern wie viele brauchen wir?« Die niedrige Zahl aus dem Simulationsmodell könne auch als Argument für ›

»Qualität vor Nähe«

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in ihrem Simulationsmodell untersucht, wie sich Patientenströme verschieben würden, wenn die geplante Klinikreform umgesetzt würde. Demnach müssten sich 52 % aller werdenden Mütter einen neuen Standort für die Geburt suchen, weil nur 227 von den bislang 593 Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, die Voraussetzungen für ein Krankenhaus gemäß Level 2 oder Level 3 erfüllen würden. Weitere Berechnungen zeigen: In der Neurologie müssten sich 39 % der Behandelten einen neuen Versorger suchen, in der Urologie 47 %. In der interventionellen Kardiologie, also in Kliniken, die zum Beispiel Linksherzkatheter-Eingriffe vornehmen können, wären es 56 %. Was die DKG als großen Nachteil ansieht, muss es aus Patientensicht nicht unbedingt sein. »Die Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft ist über 100 Jahre alt«, sagt Ferdinand Gerlach, langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit. Der Rat habe eine tiefgreifende Reform seit langem angemahnt. »Da Diagnostik und Therapie sehr viel komplexer geworden sind, muss dabei Qualität vor Nähe gehen.« Beispiel Geburtshilfe: Von den derzeit knapp 600 Standorten hat nicht einmal die Hälfte eine Kinderabteilung. Falls es während einer Geburt zu Komplikationen kommt, wären die Mütter vermutlich dankbar, wenn ihre Neugeborenen ohne Zeitverzug vor Ort versorgt werden könnten. Da lohnt dann auch die längere Anfahrt in die spezialisierte Klinik mit Geburtshilfe und Kinderabteilung.

die Reform gewertet werden. »Das heißt ja, dass wir in Deutschland derzeit sehr viele ungeeignete Krankenhäuser haben.«

Viele Patienten nicht optimal versorgt

Das geht auf Kosten der Patienten. Beispiel Schlaganfall: Laut Daten der Krankenkasse AOK wurden 257.000 von 308.000 Schlaganfallpatienten im Jahr 2018 in Kliniken mit einer Stroke Unit behandelt, die übrigen rund 50.000 wurden in Krankenhäusern ohne diese Spezialstation behandelt. Gemäß einer Übersichtsarbeit des unabhängigen Forscher-Netzwerks Cochrane sterben in Kliniken ohne Stroke Unit acht von 100 Patienten, 25 werden pflegebedürftig. »Mit« sind es ein Viertel weniger Todesfälle, sechs, und 19 Pflegebedürftige.

Beispiel Krebs: Vergleicht man die Zahlen in den Jahresberichten der Krebszentren mit denen des Deutschen Krebsregisters, wurden im Jahr 2019 lediglich rund 30.300 von etwa 60.000 neu an Darmkrebs erkrankten Menschen in einem zertifizierten Krebszentrum behandelt. Auch bei Bauchspeicheldrüsenkrebs waren es nur rund 5.600 von etwa 19.600 Neuerkrankten. Doch gemäß der sogenannten WiZen-Studie ist die Sterblichkeit für Darmkrebs in zertifizierten Kliniken etwa acht Prozent niedriger, bei Bauchspeicheldrüsenkrebs sogar rund elf Prozent.

Beispiel Herzinfarkt: Daten des Myokardinfarkt-Registers von Rheinland-Pfalz haben 2014 gezeigt: Werden Herzinfarktpatienten etwa in einer Uniklinik mit Herzkatheterlabor behandelt, sterben 9 von 100 Betroffenen. In der Kleinklinik ohne die spezielle Behandlungsmöglichkeit sind es fast 50 Prozent mehr, etwa 14. Als DKG-Chef Gaß auf Qualitätsmängel angesprochen wird, versichert er, 93 Prozent der Menschen mit Herzinfarkt würden in einer Klinik mit Herzkatheter behandelt. Das heißt im Umkehrschluss: Nur für sieben Prozent oder etwa 14.000 Patienten gilt das nicht.

Doch dazu kommen weitere 23.000, die in einer Klinik landen, die wohl kein eigenes Herzkatheterlabor hat. Noch einmal 10.000 landen in einer Klinik, in der der Herzkatheter nicht rund um die Uhr bereitsteht. Insgesamt ergibt das 47.000 von etwa 203.000 Herzinfarktpatienten, also 23 Prozent, die in Deutschland nicht optimal versorgt werden. »Bei einer so häufigen Indikation ist das ein Skandal«, sagt Kommissionsmitglied Busse.

Eine Krankenhausreform ist nötig. Ob Lauterbach seine Pläne durchsetzen kann, sei aber noch »völlig offen«, meint Ex-Gesundheitsweiser Gerlach. Er hoffe, »dass wir in Deutschland endlich die Kraft finden, die veralteten Versorgungsstrukturen nach internationalen Vorbildern weiterzuentwickeln«. Darüber entscheiden auch die Gesundheitsminister in den 16 Bundesländern. Klaus Holetschek (CSU), Minister in Bayern, wo es viele kleine Kliniken gibt, war am Tag der DKG-Pressekonferenz bereits im Kampfmodus: »Deutschlandweit droht ein Klinik-Kahlschlag.«

Lauterbach weiß, dass er die Länder braucht, um seine Reform umzusetzen. Bereits Mitte Februar kündigte er an, dass es Öffnungsklauseln und Ausnahmetatbestände geben werde. So sei es bei einer Level-2-Klinik zwar wünschenswert, dass neben einer Abteilung für Geburtshilfe auch eine Stroke Unit vorhanden sei. Wenn sich dies aber lokal nicht machen lasse, sei auch denkbar, dass die Stroke Unit im Verbund mit einem Nachbarhaus vorgehalten werde. Möglichst keine Abstriche will Lauterbach dagegen an der Definition der Leistungsgruppen machen. Es könne nicht sein, dass beispielsweise eine Kardiologie in Hessen anders definiert werde als eine in Baden-Württemberg. Für die Abteilungen würden schließlich Vorhaltekosten bezahlt, und die seien bundesweit einheitlich.

Wie schwierig es wird, die Reform durchzusetzen, zeigt ein zwischenzeitlicher Streit zwischen Lauterbach und dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU), der eigentlich als Vertrauter des Bundesgesundheitsministers gilt. In NRW werden bereits seit drei Jahren Pläne vorangetrieben, um die Krankenhausplanung umzustellen. Im Mittelpunkt sollen nicht mehr Klinikbetten stehen, sondern medizinische Leistungsgruppen, die mit Qualitätsvorgaben gekoppelt sind – ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings unterscheiden sich Lauterbachs Pläne in wichtigen Details von denen Laumanns, und er soll seinen NRW-Kollegen laut *Tagesschau online* gewarnt haben, die Reform in NRW wie geplant voranzutreiben.

Länder prüfen Verfassungsmäßigkeit

In der Folge kündigte Laumann an, gemeinsam mit Holetschek und seiner Kollegin aus Schleswig-Holstein, die Verfassungsmäßigkeit der Reform in einem Gutachten prüfen zu lassen. Krankenhausplanung ist Ländersache – und der Vorschlag der Regierungskommission sieht vor, die Krankenhauslandschaft zu vereinheitlichen. Karl Lauterbach gibt sich dennoch entspannt: »Ich begrüße das, ich will eine Reform mit den Ländern gemeinsam machen«, sagte er anlässlich des Krankenhausgipfels im März. Bis zum Sommer sollen nun zumindest die Eckpunkte für die Reform stehen.

In Ostfriesland werden unterdessen 2024 die Bauarbeiten für das neue Zentralklinikum zwischen Emden, Norden und Aurich beginnen. Herzkranke könnten davon profitieren – bislang hat nur eine der drei Kliniken Herzkatheterlabore.

Drei Level

Krankenhäuser werden künftig bundesweit einheitlich drei verschiedenen Leveln zugeordnet. Jeder Standort muss die für seine Stufe vorgeschriebenen Mindestvoraussetzungen erfüllen. Der Vorschlag definiert dazu 128 Leistungsgruppen. Allgemeine Bezeichnungen wie »Innere Medizin« werden durch genauere abgelöst, etwa »Kardiologie«. Ein Krankenhaus darf eine Behandlung nur abrechnen, wenn ihm die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde. Damit soll verhindert werden, dass beispielsweise kleine Kliniken komplexe Behandlungen vornehmen, für die sie technisch, personell und qualitativ gar nicht geeignet sind. Die unterste Ebene bilden Kliniken der Level 1i und 1n. 1i-Kliniken sind wohnortnahe Grundversorger, die ambulante und stationäre Leistungen integrieren (daher i), zum Beispiel können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hier Betten belegen. Es besteht die Möglichkeit, dass qualifizierte Pflegefachkräfte diese Einrichtungen leiten. Erkrankte, bei denen ein komplexer Eingriff in einem Krankenhaus des Levels 2 oder 3 durchgeführt wurde, können hier nahe bei ihrem Wohnort gesundgepflegt werden. Level-1n-Kliniken halten neben der Grundversorgung auch eine Basis-Notfallversorgung mit einer Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie vor. Level-2-Kliniken übernehmen die Regel- und Schwerpunktversorgung von Erkrankten. Vorgeschrieben sind eine Geburtshilfe, eine erweiterte Notfallmedizin, eine Stroke Unit, ein Linksherzkatheter, ferner drei chirurgische und drei internistische Abteilungen sowie fünf weitere Abteilungen. Kliniken des Levels 1 sind Maximalversorger, zum Beispiel Universitätskliniken. Hier werden zusätzliche Leistungen über Level 2 hinaus vorgehalten, dazu könnte zum Beispiel die Therapie von Verbrennungsopfern zählen.

Unterschiedliche Bewertungen

Pläne zur Krankenhaus-Reform werden heftig diskutiert

Einen konkreten Gesetzentwurf zur Klinik-Reform gibt es bisher noch nicht. Bis zum Sommer 2023 will der Bundesgesundheitsminister so weit sein. Seine Vorschläge werden allerdings seit Wochen heftig diskutiert. Knackpunkte sind auch die personelle Ausstattung der Krankenhäuser und die Frage, wie eine gute regionale Versorgung gewährleistet werden kann.

Am 20. März veranstaltete die Gewerkschaft ver.di eine Konferenz in Berlin. Anwesend war auch Karl Lauterbach, die Gewerkschaft selbst berichtete anschließend über den Auftritt des Bundesgesundheitsministers. Der habe erklärt, dass es Ziel seiner geplanten Krankenhausreform sei, die Ökonomisierung zurückzudrängen.

Das DRG-Fallpauschalen-System, an dessen Einführung er einst selbst mitgewirkt habe, kritisiert der studierte Gesundheitsökonom Lauterbach inzwischen selbst. Es habe zu Einsparungen beim Personal geführt, bei gleichzeitiger Auswirkung der Fallzahlen und schlechteren Arbeitsbedingungen. Würden seine Reformpläne umgesetzt, würden die Fallpauschalen zum Teil aufgehoben, die von Lauterbach eingesetzte Regierungskommission aus Expert*innen hatte empfohlen: 40 Prozent der Betriebskosten der Kliniken sollen in Zukunft durch Vorhaltepauschalen und 60 Prozent weiter über Fallpauschalen (DRGs) abgerechnet werden.

> »Die Zahl der statistisch erfassten Betten hat mit der Realität überhaupt nichts mehr zu tun.«

Die Rede von der Ent-Ökonomisierung sei mit Applaus von rund 260 Delegierten und Gästen aufgenommen worden, doch die Gewerkschaft fordert deutlich mehr: »die vollständige Abkehr vom DRG-System hin zu einer kostendeckenden Finanzierung« *(→ Randbemerkung)*.

Lauterbachs Pläne, wonach Kliniken künftig in Level (Versorgungsstufen) eingestuft und diesen 128 Leistungsgruppen zugeordnet werden *(→ Seite 8)*, sieht ver.di durchaus aufgeschlossen. Entscheidend dabei sei, »dass zukünftig Vorgaben für die bedarfsgerechte Personalausstattung gemacht werden«, sagt Grit Genster, Leiterin des ver.di-Bereichs Gesundheitspolitik und fügt hinzu: »Damit meinen wir alle Berufsgruppen im Krankenhaus, denn die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist Teamarbeit.«

Zur Planungssystematik mit sogenannten Leistungsgruppen hat sich auch der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, differenziert geäußert: »Mehr Spezialisierung und Aufgabenteilung kann auch die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses verbessern – aber nur, wenn die Leistungsaufträge medizinisch sinnvoll zugeschnitten werden und ein starker Schwerpunkt auf die Kooperation von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen gelegt wird.« Bleibe dies außer Acht, drohe die Reform »die ohnehin bestehenden Nachwuchsprobleme zu verschärfen«, sagte Reinhardt am 22. März.

Die größte Interessenvertretung angestellter und beamteter Ärzt*innen in Deutschland ist der Marburger Bund (MB), er hat rund 135.000 Mitglieder. Die MB-Vorsitzende Susanne Johna kritisiert ebenfalls »verheerende Fehlentwicklungen« des DRG-Systems und fordert, »die gesamten patientennahen Personalkosten aus den Fallpauschalen auszugliedern«. Johna mahnte bereits im Januar an, vor einer Reform zunächst die Ausgangslage zu klären, sie vermutet: »Die Zahl der statistisch erfassten Betten hat mit der Realität überhaupt nichts mehr zu tun.« Eine verpflichtende Erfassung würde laut Johnas Einschätzung ergeben, dass die tatsächliche Behandlungskapazität der Häuser »um ein Fünftel unter der nackten Bettenzahl liegt«. Für die Versorgung Kranker, das gibt die MB-Vorsitzende zu bedenken, brauche es Ärzt*innen und Pflegekräfte – und »nicht nur ein Bettgestell plus Matratze«. Um die Kliniken zu entlasten, seien »auch deutliche Verbesserungen im ambulanten Versorgungsbereich« notwendig.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat sich ebenfalls zu den Vorschlägen der Regierungskommission positioniert. »Die Vorschläge haben das Potenzial, das Gesundheitssystem zu verbessern und dabei die Rolle der professionellen Pflege zu stärken«, sagte DBfK-Präsidentin Christel Bienstein bereits am 8. Dezember. Allerdings komme es nun darauf an, wie die Reform genau ausgestaltet werde. »Für uns ist wichtig, dass die einheitlichen Kriterien, nach denen Häuser den Leveln 1 - 3 zugeordnet werden sollen, die Zusammensetzung und Qualifikationsanforderungen in den Pflegeteams berücksichtigen«, erklärte Bienstein. »Die Level 1i-Häuser, die unter pflegerischer Leitung stehen sollen, werden aus unserer Sicht ›

Fehlanreize abschaffen

»Richtige Richtung, aber zu kurz gesprungen« – so überschreibt die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di ihre erste Einschätzung der von Karl Lauterbach geplanten Reform der Krankenhaus-Vergütung. Grit Genster, Leiterin des Bereichs Gesundheitspolitik bei ver.di, bedauert, dass gemäß den Empfehlungen der Regierungskommission »große Teile der Krankenhausversorgung« auch künftig durch Fallpauschalen finanziert würden. »Das heißt auch, dass die Fehlanreize grundsätzlich bestehen bleiben.« Ver.di fordert die »vollständige Abkehr vom DRG-System«. In einem Interview, nachzulesen auf der verdi-Homepage, begründet Genster die gewerkschaftliche Position mit Erfahrungen wie diesen: »Außerdem wurden in der Vergangenheit besonders viele Fälle abgerechnet, die lohnend erscheinen, weil sie zum Beispiel wenig personalintensiv sind oder im Fallpauschalen-System mit einem vergleichsweise hohen Basisfallwert versehen sind. So lässt sich die Auslastung von Herzkathederlaboren oder orthopädischen Abteilungen gut planen, was für stabile Erlöse sorgt. Dagegen wurden insbesondere in der Kinderheilkunde und Geburtshilfe, Fachabteilungen mit einem hohen Personalaufwand, deren Auslastung schwieriger planbar ist, Betten abgebaut und Fachabteilungen geschlossen. Das System führt also bisher dazu, dass oft nicht der Versorgungsbedarf im Vordergrund steht, sondern die Leistungen, mit denen besonders gut Geld verdient werden kann.«

»Bunte Kittel« nennt sich eine Bewegung vorwiegend junger Pflegender, Ärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen – erklärte Vision der Beteiligten: »ein Gesundheitssystem, in dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht«. Die Initiative fordert: »Keine Profite mit Krankenhäusern!« und kritisiert »ein System, das einen ausbeuterischen Umgang mit Angestellten als Einsparungsstrategie nutzt«. Gemeinsam mit acht Initiativen hat die Bunte-Kittel-Bewegung eine Erklärung verfasst, die eindringlich fordert, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren *(→ Randbemerkung).*

Auf der Homepage *https://bunte-kittel.de/* stehen auch zahlreiche »Geschichten aus dem Alltag«, die mensch schockierend finden kann. Zum Beispiel einige Erfahrungen der Assistenzärztin Nora, die wir hier ausführlich, aber nur auszugsweise zitieren – Leseprobe: »Alle Krankenhäuser unterliegen dem Zwang über die DRG-Fallpauschalen ausreichende Einnahmen oder gar Gewinne zu erzielen, um ihre Kosten zu decken. Schon früh in meinem Arbeitsleben musste ich feststellen, dass diese Zwänge kein Krankenhaus ausnehmen, im Gegenteil ist der Kostendruck in kleinen Krankenhäusern noch viel größer. Dies liegt auch mit daran, dass die großen (universitären) Kliniken mit der Begründung von ›Bettenmangel‹ bzw. ›fehlender Bettenkapazität‹ Patienten mit (nach DRG) wenig lukrativen Krankheitsbildern, oder noch schlimmer Versicherungslose, in kleinere Häuser weiterschicken.

Das DRG-System macht die verschiedenen Häuser zu Gegenspielern und besonders in den Rettungsstellen ist man häufig in der Situation, dass man auf Ansage der Ober- und Chefärzte in großen Häusern lange Zeit am Telefon verbringt in dem Versuch, diese ›nicht erwünschten‹ weil ›nicht einträglichen‹ Patienten in andere Rettungsstellen zu verlegen, am besten ohne einen etwaigen fehlenden Versicherungsstatus zu erwähnen. Umgekehrt muss man in kleineren Häusern gut abwägen, welche Patienten man übernehmen sollte und welchem verlegenden Haus man vertrauen kann. Für Patienten bedeutet diese Praxis, oft stundenlang in der ersten Rettungsstelle auf eine Untersuchung und die Ergebnisse und anschließend weitere Stunden auf einen Transport zu warten.«

eine Schlüsselrolle für die Reform und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Regionen übernehmen.«

Ein heikler Punkt ist auch, wie die nach der verheißenen Reform wohl erheblich geschrumpfte Kliniklandschaft konkret aussehen würde. Der Vorschlag der Regierungskommission, künftig die Krankenhausversorgung nach Versorgungsleveln zu strukturieren, dürfe nicht zu einer Abkehr vom Anspruch einer flächendeckenden wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung führen, meint ver.di-Bundesvorstandsmitglied Sylvia Bühler. Sie mahnt: »Niemand darf durch eine Versorgungslücke fallen, jedes Versorgungslevel muss für alle Menschen gut erreichbar sein.«

Warnung vor »Überregulierung«

Vor einem »Ausbluten der medizinischen Versorgung in der Region« hat Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, angesichts der Reformpläne gewarnt. »Gerade im ländlichen Raum«, sagte Brysch der *Rheinischen Post,* »brauchen die Menschen passgenaue Angebote bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebstherapie und Altersmedizin.«

Auch mehrere Ärztekammern zeigen sich skeptisch. Vor einer »Überregulierung« warnt zum Beispiel die Ärztekammer Schleswig-Holstein. Deren Präsident Henrik Herrmann forderte am 17. Februar: »Wir brauchen Flexibiliät, um Versorgungsrealitäten regional abbilden zu können.« Die regionale Krankenhausplanung unter Einbezug der Selbstverwaltung habe sich »bewährt« und dürfe »nicht durch starre bundeseinheitliche Kopplung von Leistungsgruppen und Level überreguliert« werden.

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), deren Mitglieder von den Lauterbach-Plänen tendenziell profitieren würden, warnt hingegen vor Ausnahmen und Öffnungsklauseln: »Unterschiedliche Voraussetzungen für Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern darf es nicht geben.« Der VUD-Vorsitzende Jens Scholz sagte am 22. März: »Es macht keinen Sinn, dass jedes Krankenhaus jede Behandlung vornehmen darf, obwohl die strukturellen Voraussetzungen wie qualifiziertes Personal für eine hochwertige 24/7-Versorgung dort nicht vorhanden sind.«

Rückendeckung kann Lauterbach von den Krankenkassen erwarten. Die Vorschläge der Regierungskommission zur Verbesserung der Qualität durch Zentrenbildung, Konzentration und Spezialisierung von Krankenhausleistungen seien »im Kern richtig«, erklärten der GKV-Spitzenverband und die Krankenkassenverbände am 22. Februar. Ziel der Strukturreform sollte auch sein, »dass für die Patientinnen und Patienten transparent ist, welches Krankenhaus für welche Behandlung zuständig ist«.

Klaus-Peter Görlitzer

»Kostendruck auf Personal und Versorgung«

Neun gesundheitspolitische Initiativen kritisieren »Lauterbachs vermeintliche Revolution«. In einer gemeinsamen Erklärung, unterzeichnet u.a. von Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, Bündnis Klinikrettung, Aktion Notaufnahmen retten und Bunte Kittel *(→ Kasten),* schreiben sie, die bisher beschlossenen Maßnahmen und auch die Vorschläge der vom Bundesgesundheitsminister eingesetzten Regierungskommission seien »weder bedarfsgerecht noch ausreichend«. Die auch von Karl Lauterbach angekündigte Überwindung des Fallpauschalensystems sei weiterhin »nicht in Sicht«, meinen die Initiativen und warnen: »Die ökonomischen Anreize sollen bestehen bleiben und damit auch der Kostendruck auf Personal und Versorgung.« Ihre Forderungen an eine Reform der Krankenhausfinanzierung bringen die neun Initiativen schlagwortartig wie folgt auf den Punkt: vollständige Abschaffung des DRG-Fallpauschalensystems, verbindliche Personalschlüssel für alle Bereiche im Krankenhaus, Orientierung an Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung, Kostendeckung in der Krankenhausfinanzierung, Stopp der Privatisierung von Krankenhausträgern, Gemeinwohlorientierung und Gewinnverbot, Demokratisierung von Krankenhausplanung und Steuerung.
Erklärung und Forderungen sind im Wortlaut online: *https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53220*

Recht auf Auskunft

»Ihre Krankenkasse hat mehr kritische Daten über Sie als jede andere Institution: Krankheiten, Behandlungen, Einkommen, Arbeitsplätze, Anschriften.« Weiß der Verein Patientenrechte und Datenschutz, der sich seit Jahren gut informiert um Bürger*innenrechte und Telematik im Gesundheitswesen kümmert. Auf seiner Internetseite *https://patientenrechte-datenschutz.de/krankenkassendaten/* gibt es praktische Tipps für alle, die wissen wollen, was ihre Krankenkasse über sie weiß. Es steht dort auch ein sogenannter Anfrage-Generator bereit. »Die Krankenkasse ist verpflichtet, Ihre Anfrage innerhalb von vier Wochen kostenlos zu beantworten«, erklären die ehrenamtlichen Datenschützer*innen. Wer nachfragt, kann viel Lesestoff erwarten: Auf seiner Webseite hat der Verein auch ein – anonymisiertes – Anschreiben der Krankenkasse DAK dokumentiert. »Aus den weiteren ca. 180 Seiten«, erläutern die Datenschützer*innen zur Datenauskunft der DAK, »geht u. a. detailliert hervor, wann Besuche bei welchen Ärzt*innen stattfanden, welche ICD-Nummern die Ärzt*innen ihren Abrechnungen zugrunde legten, was diese verordnet haben, welche Apotheken wann welche Medikamente ausgegeben haben, an wen die Krankenkasse welche Geldbeträge ausgezahlt hat, welchen Schriftwechsel es zwischen der Krankenkasse und den behandelnden Ärzten, aber auch mit dem Versicherten selbst gab«. Interessant sei auch die Liste der Empfänger*innen, die personenbezogene Daten des Versicherten erhalten hatten: »Neben Ärzt*innen und Krankenhäusern werden dabei auch Unternehmen benannt, die die Krankenkasse im Wege der Auftragsdatenverarbeitung einsetzt.«

›Ausverkauf von Arztpraxen stoppen‹

Arztpraxen sind ein lohnendes Spekulationsobjekt für Investmentfirmen, Tendenz: stetig steigend. Besonders begehrt sind die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Fachbereichen wie Augenheilkunde, Kardiologie, Nephrologie, Radiologie, Labormedizin. Eine Übersicht oder gar ein Register investorengeführter Arztpraxen gibt es, mangels Verpflichtung zur Transparenz, allerdings nicht. Der Deutsche Ärztetag hatte dieser Entwicklung bereits im November 2021 eindringlich kritisiert. »Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren«, so der beschlossene Leitantrag, »besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden.« Die Delegiert*innen fassten im November 2021 mehrere Beschlüsse, Ziel müsse es sein, eine marktbeherrschende Stellung investorenbetriebener MVZ zu verhindern und den Zugang von vorrangig renditeorientierten Trägern zu MVZ zu stoppen *(→ BIOSKOP Nr. 96).*

Im Dezember 2022 kündigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) an, er werde bald ein Gesetz vorlegen, das den Kauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren künftig verhindern soll. Noch liegt der Gesetzentwurf nicht vor.

Für mehr Tempo will offenbar die Kampagnenorganisation Campact sorgen, sie hat Anfang März den Appell »Stoppt den Ausverkauf von Arztpraxen« gestartet. Adressat ist der Bundesgesundheitsminister persönlich.
Der Appell und weitere Infos sind online:
https://www.campact.de/arbeit-und-soziales/investoren-kaufen-arztpraxen

Spezielle Immunisierung

Die Ärzt*innen-Initiative MEZIS engagiert sich seit Jahren für Transparenz im Gesundheitswesen und gegen Einflussnahmen von Pharma- und Medizinprodukteherstellern. Anschaulich macht das auch ihre Foto-Aktion namens »Ich immunisiere mich gegen Korruption«. Die Schnappschüsse, zu sehen auf *https://mezis.de,* zeigen diverse Aktive, die den Slogan bewusst vor die Kamera halten.

»Sensibilisierung von Ärzt:innen« muss verpflichtend werden« steht über einem Aufruf, den MEZIS gemeinsam mit Transparency Deutschland und der Initiative Leitlinienwatch lanciert hat. Sie fordern, dass Ärztekammern sowie medizinische Fachgesellschaften und Fakultäten »verpflichtende Aufklärungsveranstaltungen zu ›Korruption im Gesundheitswesen‹ einführen«. Zum Hintergrund schreiben die drei Organisationen: »Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass direkte und indirekte Industriekontakte das Verschreibungsverhalten und Urteilsvermögen zugunsten einzelner Medikamente, Geräte oder Firmen beeinflussen.«

Zwecks individueller Immunisierung gibt MEZIS der Ärzt*innenschaft fünf Ratschläge: »Ich mache mir bewusst, dass ich in meinem Verordnungsverhalten beeinflussbar bin.
Ich besuche Fortbildungen ohne Sponsoring durch die pharmazeutische Industrie und lese unabhängig-kritische Fachzeitschriften. Ich führe keine Anwendungsbeobachtungen durch. Ich hinterfrage Leitlinienempfehlungen und fordere eine vollständige Offenlegung der Interessenkonflikte aller beteiligten Autor*innen. Ich setze mich für verpflichtende Lehrveranstaltungen zum kritisch-distanzierten Umgang mit der pharmazeutischen Industrie ein.«

›Mutter-Kind-Gesundheit‹

Die BUKO Pharma-Kampagne beleuchtet seit über 40 Jahren die »Schattenseiten der Arzneimittelversorgung in Süd und Nord« – fragwürdige Praktiken von Pharmafirmen inklusive. »Die Vision einer global gerechten Arzneimittelversorgung haben wir dabei nie aus den Augen verloren und immer wieder hartnäckig die Verantwortung Deutschlands angemahnt«, schreibt BUKO auf seiner Homepage.

Ein aktuelles BUKO-Projekt, gefördert von Engagement Global im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, will die »Mutter-Kind-Gesundheit« ins öffentliche Bewusstsein rücken. Zum Hintergrund erklärt BUKO: »Alle elf Sekunden stirbt irgendwo auf der Welt eine schwangere Frau oder ein neu geborenes Baby. Und die Covid-19-Pandemie hat die Situation in vielen armen Ländern weiter verschlechtert.« Frauen, insbesondere im globalen Süden, waren und sind überdurchschnittlich von der Pandemie betroffen, und das nicht nur beim Zugang zu medizinischer Versorgung: »Sie pflegten die Kranken, wurden besonders häufig arbeitslos, verloren ihre Lebensgrundlage oder Chancen auf Bildung.«

Viele Infos, darunter Videos und Podcasts, sind online auf *https://www.bukopharma.de.* »Gesundheitsbedürfnisse« von Frauen und Kindern und »global gerechte Versorgung« sind auch Thema des ehrenamtlichen BUKO-Straßentheaters, das im September auf 14-Tages-Tournee geht. Die Vorbereitungen laufen, wer mitmachen will, kontaktiert BUKO-Mitarbeiterin Claudia Jenkes: (0521) 39060953

Keine Eingriffe in die Keimbahn!

Neues Bündnis will bestehende Verbote verteidigen

Gentechnische Eingriffe in die menschliche Keimbahn sind in vielen Staaten verboten – so auch in Deutschland. Ein neues zivilgesellschaftliches Bündnis will das Verbot verteidigen und warnt: »Vielerorts arbeiten Industrie und interessierte Wissenschaftler*innen daran, diese Verbote aufzuweichen.«

Die »International Coalition to Stop Designer Babies«, zu der auch das Gen-ethische Netzwerk (GeN) aus Deutschland und Biorespect aus der Schweiz gehören, hat am 5. März eine gemeinsame Erklärung veröffentlicht *(→ Kasten)*. Das Papier, bisher unterzeichnet von 44 Organisationen aus zehn Ländern, soll ihre »große Besorgnis zum Ausdruck bringen über die wissenschaftlichen Akademien und Personen, die derzeit versuchen, HGM zu legalisieren«. Mit dem Begriff HGM meinen die Autor*innen der Erklärung »die genetische Veränderung menschlicher Eizellen, Spermien oder Embryonen, um eine Person zu schaffen, die in allen Körperzellen gentechnisch verändert ist und die Veränderung an ihre Nachkommen weitergeben wird«.

Die Unterzeichnenden, darunter auch einige Wissenschaftler*innen, fordern die UNO auf, eine internationale Konvention zu schaffen, die HGM und das Klonen von Menschen »dauerhaft verbietet«. Vererbbare gentechnische Veränderungen, heißt es in der Erklärung, »wären ein Akt extremer wissenschaftlicher Verantwortungslosigkeit, der schwerwiegende Folgen sowohl für die betroffenen Menschen, als auch für die gesamte Weltgemeinschaft riskiert«. Daniel Papillon, ein französischer Vertreter des internationalen Bündnisses, warnt, HGM könne »die bestehende Behindertenfeindlichkeit verstärken und soziale Ungleichheit verfestigen. Eugenische Ideen und Praktiken sind in unserer Gesellschaft nie verschwunden und HGM ist die neueste High-Tech-Version«.

Das deutsche Embryonenschutzgesetz verbietet Eingriffe in die menschliche Keimbahn. »Allerdings fordern einige Wissenschaftler*innen die Möglichkeit ein, sich zumindest an der entsprechenden Grundlagenforschung zu beteiligen«, bemerkt das Bündnis in seiner Pressemitteilung. Auch der Deutsche Ethikrat hat Keimbahneingriffe bisher nicht kategorisch ausgeschlossen *(→ Randbemerkung)*.

Das Bündnis lädt Menschen und Organisationen weltweit ein, seine Erklärung zu unterzeichnen und die politischen Entscheidungsträger*innen aufzufordern, an den bestehenden Verboten unbedingt festzuhalten.

»Niemals ethisch vertretbar«

Die »Internationale Erklärung gegen die Legalisierung von vererbbaren gentechnischen Veränderungen von Menschen« wurde am 5. März 2023 veröffentlicht. Sie steht auf der Webseite *https://coalitionstopdesignerbabies.net* und kann dort per Formular unterzeichnet werden. Wir dokumentieren Auszüge:

Das ›Designen‹ der Gene von Kindern widerspricht den akzeptierten grundlegenden Vorstellungen von Vielfalt, Inklusion und Gleichheit aller vulnerablen Individuen und Minderheitengruppen. Anstatt Kinder in einem Wettbewerb genetisch zu ›verbessern‹, wollen wir eine Welt anstreben, die alle Individuen und Gruppen von Menschen wertschätzt und akzeptiert und die sich nicht auf repressive und biologisch deterministische Vorurteile darüber stützt, was einen ›besseren‹ Menschen ausmacht. Die Legalisierung von HGM (human genetic modification) würde die bestehenden sozialen Ungleichheiten noch verschärfen. Es wäre wissenschaftlich verantwortungslos und in einer Zeit des aufkommenden Neofaschismus auch politisch leichtsinnig.

Wie das Klonen von Menschen wird auch die HGM in internationalen Erklärungen und Verträgen als Verstoß gegen die Menschenwürde bezeichnet, weil sie den Menschen auf den Status eines designten und optimierten Konsumobjekts reduziert.

Es gibt eine Reihe (zum Teil ethisch ebenso umstrittener) alternativer Methoden zur Vermeidung genetischer Erkrankungen, sodass der einzige Vorteil der HGM darin bestünde, eine 100-prozentige genetische Elternschaft des Kindes sicherzustellen. Es kann niemals ethisch vertretbar sein, ein Kind zu diesem Zweck den schweren gesundheitlichen Risiken einer genetischen Veränderung auszusetzen.

Wir sind auch besorgt über die Ausbeutung und die gesundheitlichen Risiken derjenigen, denen Eizellen für die Forschung entnommen werden, um HGM zu ermöglichen.

Wir fordern die UNO zur Schaffung einer internationalen Konvention auf, die HGM und das Klonen von Menschen dauerhaft verbietet.«

»Ethisch nicht grundsätzlich auszuschließen«

Eingriffe in die menschliche Keimbahn sind nach Meinung des Deutschen Ethikrats »ethisch nicht grundsätzlich auszuschließen«. Das erklärte das Gremium bereits in einer Pressemitteilung vom 9. Mai 2019. Geichzeitig betonte der Ethikrat damals, dass er Keimbahneingriffe »derzeit wegen ihrer unabsehbaren Risiken für ethisch unverantwortlich« halte. Vor diesem Hintergrund forderte er ein »Anwendungsmoratorium« und empfahl Bundesregierung und Bundestag, »sich für eine verbindliche internationale Vereinbarung dazu einzusetzen«.
Der Appell wurde am 9. Mai 2019 öffentlich vorgetragen, im Rahmen der Bundespressekonferenz in Berlin. Anlass war die Präsentation einer über 280 Seiten dicken Stellungnahme, mit welcher der Ethikrat – laut eigenem Anspruch – »die Möglichkeiten, in das Genom menschlicher Embryonen oder Keimzellen einzugreifen, ethisch umfassend untersucht«. Die Pressemitteilung des Ethikrats nennt drei »mögliche Einsatzgebiete« für Interventionen in die Keimbahn, die in der Stellungnahme exemplarisch unter die Lupe genommen werden: »die Vermeidung schwerer erblicher Erkrankungen, die durch die Veränderung eines einzelnen Gens verursacht werden, die Verringerung multifaktorieller Erkrankungsrisiken und die gezielte Verbesserung menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten (Enhancement)«.
Die Stellungnahme *Eingriffe in die menschliche Keimbahn* ist nach wie vor online: *www.ethikrat.org*

Zwischen Ware und »Spende«

Die widersprüchliche Praxis der »Eizelltransfers«

Stefanie Graefe (Berlin), Soziologin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Reproduktionsmedizinische Praktiken wie »Leihmutterschaft« oder »Eizellspende« sind in Deutschland – anders als in vielen anderen Ländern in Europa und weltweit – bislang verboten. Deutsche Staatsangehörige, die derartige Dienstleistungen in Anspruch nehmen wollen, greifen auf Angebote aus dem Ausland zurück. Die Ampel-Koalition hat sich zum Ziel gesetzt, dies in der laufenden Legislaturperiode zu ändern: Auch in Deutschland sollen, diesen Plänen zufolge, »altruistische« Eizellabgaben bzw. Leihschwangerschaften möglich werden. Grund genug, die Denkfigur der selbstlosen Körperspende kritisch zu hinterfragen.

Den Hintergrund der folgenden Überlegungen bilden Eindrücke und Einsichten, die im Rahmen eines Forschungsprojektes gewonnen wurden. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen – von daher handelt es sich um noch vorläufige Gedanken. In unserer Forschung nehmen wir die Praxis der »Eizellspende« zwischen Spanien und Deutschland in den Blick. Wir führen Interviews mit Menschen, die entweder eigene Eizellen abgegeben oder aber solche im Rahmen einer Fruchtbarkeitsbehandlung erworben haben; darüber hinaus sprechen wir mit Ärzt*innen, Psycholog*innen und sonstigen Fachleuten, die im Bereich der Assistierten Reproduktionstechnologien (ART) in Spanien oder Deutschland arbeiten. Außerdem beziehen wir in unsere Untersuchung auch Dokumente mit ein, etwa Werbeanzeigen spanischer Reproduktionskliniken. Wir interessieren uns besonders für die Frage, wie im Kontext dieser transnationalen Reproduktionsökonomien – hier also zwischen Spanien und Deutschland – neue Formen von Eigentumsverhältnissen an Körperstoffen entstehen und wie diese Prozesse von den Beteiligten erlebt und gedeutet werden.

Spanien ist ein wichtiges Angebotsland für Fruchtbarkeitsbehandlungen in Europa – ungefähr 40 bis 50 % aller künstlichen Befruchtungen in der Europäischen Union werden in Spanien durchgeführt; das Volumen ist hier seit 2008 um etwa 50 % angestiegen. Eizelltransfers in Spanien können im Rahmen von Tourismusangeboten mit Urlaubsreisen kombiniert werden, manche Kliniken bieten so genannte Flatrate-Angebote an, also eine unbegrenzte Anzahl von Eizelltransfer-Versuchen für eine entsprechend hohe Gebühr. Spanische ART-Kliniken werden auf dem globalen Markt zunehmend von internationalen Konzernen, zum Beispiel Fresenius Helios aus Deutschland, aufgekauft, und für die ART-Branche weltweit werden Wachstumsraten von etwa 10 % prognostiziert.

Auf Seiten der Eizellgeber*innen hingegen sind die Erlöse eher bescheiden: in Spanien wird eine Eizellentnahme (die für die Geberin mit wochenlangen Hormongaben, streng kontrollierter Lebensführung und einigen gesundheitlichen Risiken einhergeht) mit etwa 1.000 Euro vergütet, während die Eizellempfänger*innen (Singles, Paare, sonstige Konstellationen) etwa das Sechs- bis Zehnfache an die als private Unternehmen organisierten (hier: spanischen) Kliniken pro Versuch bezahlen. Im landläufigen Verständnis würde man eine solche Transaktion wohl schlicht und einfach als Verkauf labeln. Hier aber handelt es sich, der geltenden Rechtsprechung zufolge um eine freiwillige und altruistische »Spende«; entsprechend gilt das Geld, das die Eizellgeber*innen erhalten, rechtlich nicht als Bezahlung oder Entlohnung, sondern als Aufwandsentschädigung. Auf diese Weise will der Gesetzgeber einerseits einer Kommerzialisierung von Körperstoffen vorbeugen, während die parallel längst stattfindende globale Expansion privater ART-Unternehmen andererseits nicht verhindert wird.

Interessant ist nun, dass wir die aus dieser Konstellation resultierende Spannung zwischen einer (eingeforderten) Selbstlosigkeit der »Spende« auf der einen Seite und einer faktischen Kommerzialisierung auf der anderen Seite auch in unseren Interviews wiederfinden. Keine der von uns interviewten Geberinnen etwa leugnet die Existenz ökonomischer Motive für die Entscheidung zur Eizellabgabe. Viele sind zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Abgabe Studentinnen und ermöglichen sich mit dem Geld etwas mehr Unabhängigkeit von der Familie oder tragen zu deren Lebensunterhalt bei. Fast alle betonen aber dennoch, dass sie es nicht nur des Geldes wegen gemacht haben.

Doch nicht nur der Wunsch, anderen zu helfen, wird genannt; manche erklären auch, die Eizellabgabe regelrecht als Akt der Selbstermächtigung erlebt oder sich auf diese Weise von gesellschaftlichen Erwartungen, selbst Mutter zu werden, befreit zu haben. Andererseits beschreiben manche der Geberinnen aber auch, dass sie sich im Prozess der Eizellabgabe selbst auf den Status einer »Warenlieferantin« reduziert oder sogar als »Nutzvieh« behandelt und insofern instrumentalisiert und auch ausgebeutet gefühlt haben. So oder so ist der Akt der Eizell-»spende« für alle von uns bislang befragten Geberinnen ein biographisches Ereignis, das sie ›

»Strukturwandel des Eigentums«

»Eigentum am menschlichen Körper im Kontext transnationaler Reproduktionsökonomien« heißt das Forschungsprojekt, das die Soziologin Stefanie Graefe gemeinsam mit der Philosophin Susanne Lettow (FU Berlin) leitet. Die Studie läuft im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Sonderforschungsbereichs »Strukturwandel des Eigentums«, bei dem fünf deutsche Universitäten (Jena, FU Berlin, TU Darmstadt, Erfurt, Oldenburg) mit über zwanzig Projekten mitmachen. Informationen zu den Inhalten und beteiligten Wissenschaftler*innen stehen auf dieser Internetseite: *https://sfb294-eigentum.de/de*

ausführlich auf seine Sinnhaftigkeit, Rechtfertigung, Konsequenzen befragen.

Eizell-Empfänger*innen wiederum versuchen eher, die Warendimension des Transfers zu entkräften und betonen sehr stark den (von ihnen unterstellten) Altruismus der »Spenderinnen« – und bemühen auf diese Weise indirekt das altbekannte Bild des »Liebesdienstes«, den Frauen angeblich freiwillig und ohne Entlohnung für das Wohl der Familie, wenn auch in diesem Fall nicht für die eigene, leisten. Zugleich kommen sie auf die Geber*innen, ebenso wie übrigens die Klinik-Ärzt*innen, oft erst auf Nachfrage im Interview zu sprechen. Im Vordergrund der Beschreibung stehen stattdessen das Leiden an der unerfüllten Kinderlosigkeit und die Mühen, die sie zur Realisierung ihres Kinderwunsches auf sich genommen haben.

Was lässt sich aus diesen kurzen und vorläufigen Einblicken in unsere Forschung nun im Hinblick auf die Frage nach der Rolle von »Altruismus« in globalen Reproduktionsökonomien gewinnen? Zunächst einmal die Einsicht, dass sich in der alltäglichen sozialen Praxis Logiken der Kommerzialisierung und Logiken der Selbstlosigkeit nicht ausschließen, sondern unmittelbar ineinander greifen. In diesem Sinne spiegeln die subjektiven Handlungsorientierungen in gewisser Weise die politische Ablehnung der Kommerzialisierung menschlicher Körperstoffe, die mit der Entstehung von globalen Reproduktionsökonomien mit erheblichem wirtschaftlichen Wachstumspotenzial problemlos einhergeht.

Davon ausgehend liegt die Überlegung nahe, dass Normen und Narrative rund um die Denkfigur der Selbstlosigkeit womöglich nicht nur ein zufälliges Beiprodukt, sondern ein wichtiger Bestandteil der – faktischen – Vermarktlichung von Körperstoffen und der reproduktiven Dienstleistungen Dritter sind. So gesehen könnten sich Ausbeutungs- und Eigentumsverhältnisse am Körper gerade deshalb zunehmend etablieren, weil sie – vermittelt über Anrufungen und Praktiken des Altruismus – gesellschaftlich akzeptabel gemacht werden.

Dass diese grundlegende und womöglich für die Reproduktionsökonomie eher produktive als hinderliche Spannung von Selbstlosigkeit und Vermarktlichung von den beteiligten Akteur*innen aktiv bearbeitet werden muss, zeigen unsere Interviews deutlich. Allerdings sind es besonders die Eizellgebenden, die hier um für sie sinnvolle Erklärungen ringen, während Empfangende wie Reproduktionsmediziner*innen den altruistischen Charakter der Abgabe von Eizellen eher entweder von vornherein als gegeben oder aber als problemlos vereinbar mit ökonomischen Motiven bzw. Notlagen unterstellen. Anders gesagt wird die Arbeit an jener der Reproduktionsökonomie eingeschriebenen Zwiespältigkeit von »Spende« und »Ware« vor allem den »Spender*innen« aufgebürdet – und bleibt eben deshalb in den offiziellen Diskursen rund um »Spende« von Eizellen und »Leihmutterschaft« meist genauso unsichtbar wie diese selbst.

> Es ist keineswegs sicher, dass eine gesetzliche Beschränkung auf »altruistische« Körpergaben die weitere Kommerzialisierung menschlicher Körperstoffe aufhalten wird.

Für die Frage nach der Legalisierung reproduktiver Dienstleistungen in Deutschland folgt aus diesen Überlegungen erst mal nur eins: dass keineswegs sicher ist, dass eine gesetzliche Beschränkung auf »altruistische« Körpergaben und zugehörige Dienstleistungen mittel- und langfristig die weitere Kommerzialisierung menschlicher Körperstoffe aufhalten wird.

Kommission berufen

Die Förderung der Reproduktionsmedizin ist ein Anliegen der Ampel. Im Koalitionsvertrag vom Dezember 2021 steht, dass SPD, Grüne und FDP eine »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« einsetzen wollen – ein zentraler Arbeitsauftrag: »Möglichkeiten zur Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterschaft prüfen«.

Nun wird es ernst. Ende Februar wurden schon mal die Namen der Professor*innen bekannt, die von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz ausgewählt wurden – 15 Frauen und 3 Männer. 10 der 18 Kommissionsmitglieder sind Jurist*innen, 5 arbeiten als Mediziner*innen, darunter eine Gynäkologin sowie die Leiterin eines »Kinderwunsch- und Hormonzentrums«. Komplettiert wird die Runde mit 3 Medizinethikerinnen.

Die wissenschaftlichen Politikberater*innen sollen zwölf Monate Zeit haben, ihre Vorschläge auszuarbeiten – nicht nur zur womöglichen Ausweitung fortpflanzungsmedizinischer Praktiken, sondern auch zur Zukunft des Paragraphen 218 zum Schwangerschaftsabbruch, dessen Streichung aus dem Strafgesetzbuch teils gefordert wird.

Im Abschnitt »Reproduktive Selbstbestimmung« des Koalitionsvertrags hat die Ampel zudem dies vereinbart: »Wir stellen Versorgungssicherheit her. Schwangerschaftsabbrüche sollen Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sein. Die Möglichkeit zu kostenfreien Schwangerschaftsabbrüchen gehören zu einer verlässlichen Gesundheitsversorgung.«

Klaus-Peter Görlitzer

Spannende Perspektiven

Das Netzwerk Feministische Initiative gegen reproduktive Ausbeutung (fem*ini), bei dem auch BioSkoplerin Erika Feyerabend dabei ist, beobachtet die globalen Entwicklungen und Regulierungen im Bereich der Reproduktionstechnologien kritisch und mischt sich auch mit Analysen und Stellungnahmen ein. Im Herbst 2022 veranstaltete fem*ini, in Kooperation mit dem Gen-ethischen Netzwerk, eine spannende Online-Reihe. Diskutiert wurden feministische und kapitalismuskritische Perspektiven auf Eizelltransfer und »Leihmutterschaft«. Diverse Referent*innen wirkten mit. Auch Stefanie Graefe stellte ihre Überlegungen im Rahmen der Reihe ausführlich vor. Die aufgezeichneten Vorträge und Diskussionen sind noch online zu sehen. Interessiert? Bitte diesen Link anklicken: *https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/eizellspende*

BioSkop e.V. · Oberstraße 55 · 45134 Essen
Tel. (0201) 53 66 706 · Postvertriebsstück · Entgelt bezahlt · K 49355

Vorschau

Themen im Juni

- Schwerpunkt
  Pflege & Politik
- Künstliche Intelligenz
  Gut für Patient*innen?
- Wissenschaftskommunikation
  Forschung und Förderung

Veranstaltungstipps

Fr. 21. April, 10 – 15 Uhr
Potsdam (Haus der Brandenburgischen Ärzteschaft, Pappelallee 5)

- Reif für die Entscheidung?
  Symposium

Die Software arriba soll Ärzt*innen und Patient*innen helfen, gemeinsame Behandlungsentscheidungen zu treffen. Das 6. arriba-Symposium fragt: »Wie gesundheitskompetent dürfen-sollen-können Menschen sein?« Angekündigt sind Vorträge und Diskussionen, adressiert vor allem an Gesundheitsberufler*innen. Die Einladung skizziert das Spannungsfeld: »Geht es uns vielleicht gar nicht um Shared Decision Making (SDM), sondern um etwas ganz anderes: nämlich Verantwortung loszuwerden? Als Tätige in einem Gesundheitswesen, das an seiner eigenen Komplexität verzweifelt?«
Anmeldung online: www.arriba-hausarzt.de/symposium2023

Fr. 21. April, 18 Uhr – Sa. 22. April, 18 Uhr
Naumburg (Nietzsche-Dokumentationszentrum, Jakobsmauer 12)

- Um jeden Preis?
  Tagung

Die Ärzt*innen-Initiative MEZIS beleuchtet Arzneimittelengpässe und Preispolitik. Diverse Fachleute sprechen über Fragen wie diese: »Welche Rolle spielt die Globalisierung bei Engpässen? Welche Rolle spielt die Politik? Kann und muss sie durch Regularien eingreifen? Bringen höhere Preise eine höhere Verfügbarkeit und eine bessere medizinische Versorgung?
Anmeldung bei MEZIS, Telefon (0163) 1469696

Di. 25. April, 12 Uhr – Mi. 26. April, 13 Uhr
Weimar (Jugend-, Kultur- & Bildungszentrum mon ami, Goetheplatz 11)

- Seelenarbeit im Sozialismus
  Tagung

Das Bundesforschungsministerium fördert seit 2019 das Projekt »Seelenarbeit im Sozialismus«. Erklärtes Ziel ist, die Rolle von Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in der untergegangenen DDR weiter aufzuklären und zu verstehen. »Ob die Fachrichtungen in der Diktatur ausschließlich unterdrückenden Charakter gehabt haben, ist eine der wesentlichen Fragestellungen unseres Projektes«, erklärt der Jenaer Psychologieprofessor Bernhard Strauß, der das Verbundprojekt koordiniert. Beteiligt sind Wissenschaftler*innen aus Dortmund, Erlangen, Greifswald, Jena und Rostock. Ende April endet die erste Förderperiode. Ergebnisse werden im Rahmen der öffentlichen Tagung vorgestellt.
Anmeldung per E-Mail: sisap@med.uni-jena.de

Mo. 8. Mai 18 – 20 Uhr
Aachen (Uniklinik, RWTH, Hörsaal 6, Pauwelsstraße 30)

- Fallpauschalensystem in Deutschland
  Vortrag

Die Ringvorlesung »Medizin & Ethik« wird von Aachener Studierenden organisiert, willkommen sind alle Interessierten. Am 8. Mai steht eine »kritische Auseinandersetzung« mit dem DRG-System zur Krankenhausfinanzierung auf dem Programm. Es referieren die Ärzt*innen Tara Rödter und Frieder Hummes, die in Berliner Kliniken arbeiten. Beide engagieren sich auch in der Initiative »Bunte Kittel«, gemeinsam mit Pflegekräften und Patient*innen wollen sie ein »menschlicheres Gesundheitssystem« erreichen.

Sa. 13. Mai, 9.30 – 17 Uhr
Bocholt (LWL-Museum Textilwerk, Industriestr. 5)

- Quo vadis Ehrenamt?
  Tagung

Die Hospizvereinigung Omega lädt dazu ein, über die Zukunft des Ehrenamts nachzudenken – Leitfragen: Was ist in der Vorausschau auf zukünftige Entwicklungen in der Gesellschaft, im Gesundheitsbereich, in der institutionellen-organisatorischen Versorgung, Betreuung und Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen neu zu entwickeln? Es referieren der Palliativ-Care-Experte Andreas Heller und die BioSkoplerinnen Karin Michel und Erika Feyerabend.
Anmeldung bei Omega, Telefon (0209) 91328 -22

Mi. 14. Juni, 18.15 – 19.45 Uhr
Hamburg (Uniklinikum, Fritz-Schumacher-Haus N30, Hörsaal, Martinistraße 52)

- Ein Medium »unmenschlicher« Verhältnisse
  Vortrag

Heime und Psychiatrien waren lange eine ziemlich verschlossene Welt. Ab Mitte der 1960er Jahre kam mehr Licht ins Dunkel: Damals wurden, im Umfeld psychiatriekritischer Bewegungen, auch Bilder professioneller Fotograf:innen eingesetzt, »um die erbärmlichen Lebensumstände von Anstaltspatient:innen und Heimbewohner:innen in die Öffentlichkeit zu tragen«, erfährt mensch in der Einladung zum Vortrag des Kulturwissenschaftlers Christof Beyer. Der Referent vom Heidelberger Uni-Institut für Geschichte und Ethik der Medizin gibt interessante Einblicke in »Fotografie und Anstaltskritik ab den 1960er Jahren«.

Ja!

○ ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkop e.V.-Konto DE26 3601 0043 0555 9884 39 bei der Postbank Essen (BIC: PBNKDEFF) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Mein **BIOSKOP**-Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich das Abo nicht nach Erhalt des dritten Hefts schriftlich bei BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugzeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

○ ich möchte die Hörversion von **BIOSKOP** für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.

○ ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

○ ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: ..... . Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von ..... € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name ..... Telefon .....

Straße ..... E-Mail .....

PLZ + Wohnort ..... Datum Unterschrift .....

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen.
Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Oberstraße 55, 45134 Essen.
Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe: .....

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an: **BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien**
Erika Feyerabend · Oberstraße 55 · 45134 Essen